

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DES FEMMES

DU MÊME AUTEUR

Clinique médicale de la Pitié. Paris, 1877. 1 vol. in-8, xliv-636 pages, avec 25 figures.

Notes et observations de Médecine légale et d'Hygiène. Paris, 1875. In-8.

Empoisonnement par la Strychnine. Paris, 1865. In-8.

Notiofs d'Hygiène à l'usage des instituteurs primaires. Paris, 1868.

De l'Avortement au point de vue médico-légal. Paris, 1878. In-8.

Leçons cliniques sur les Maladies des ovaires et les troubles de la menstruation. *Sous presse pour paraître en* 1880.

4344-78. — Corbeil. Typ. et stér. Crété.

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DES FEMMES

PAR

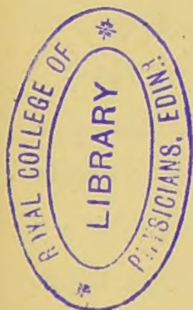
T. GALLARD

MÉDECIN DE LA PITIÉ

OFFICIER DE L'ORDRE DE LA LÉGION D'HONNEUR,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, ETC.

SECONDE ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

Avec 158 figures intercalées dans le texte.





PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain

1879

PRÉFACE

J'avais entrepris de publier une seconde édition, et voilà que je me trouve avoir fait un nouveau Livre. Mes lecteurs, toujours si bienveillants pour moi, voudront bien me le pardonner, et s'ils ne trouvent dans ce volume que bien peu de pages de l'ancienne édition, j'ose espérer que les additions leur empêcheront de regretter les suppressions.

Tous les chapitres ont été profondément remaniés, la plupart ont reçu d'importantes additions, et plusieurs sont absolument nouveaux. Ainsi : l'*historique*, les *vices de conformation*, les *maladies de la vulve et du vagin*, l'*hypertrophie de la portion sous-vaginale du col de l'utérus*, dont il n'avait pas été question dans l'édition précédente, sont traités dans celle-ci avec d'assez longs développements.

Pour faire place à ces chapitres nouveaux, il m'a fallu en retrancher d'autres, et j'ai cru devoir distraire de ce volume tout ce qui se rapporte aux *maladies des*

ovaires et *des tissus péri-utérins.* Ce n'est pas que j'en méconnaisse l'importance ; bien au contraire, ces maladies me paraissent devoir commander tout particulièrement l'attention, et c'est parce que je ne veux pas en écourter la description que j'ai résolu de la réserver pour un autre ouvrage, dont la publication ne se fera pas attendre. Cet ouvrage, qui ne sera pas à proprement parler un second volume, mais qui se reliera intimement avec celui-ci et pourra en être considéré comme le complément, traitera exclusivement des *maladies des ovaires* et des *troubles de la menstruation.*

Paris, 21 septembre 1879.

MALADIES

DES FEMMES

I

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES

Cette étude se divise en quatre périodes distinctes : — *1re Période.* Gréco-romaine. — D'Hippocrate à Paul d'Égine. — Les médecins hippocratiques connaissaient beaucoup de maladies utérines. — Ils les traitaient avec soin. — Notions exactes sur ces maladies fournies par : Celse, Arétée de Cappadoce, Galien, Aétius, Paul d'Égine. — Pendant toute cette période, la femme est honorée, respectée, elle exerce une certaine influence au sein de la famille et sur les affaires publiques. — 2e *Période.* Moyen âge. — du VIIe au XVIe siècle. — Influence de l'islamisme sur les progrès de la civilisation. — La médecine et la chirurgie sont en honneur. — Les maladies des femmes ne sont pas étudiées. — Situation sociale de la femme pendant cette période en Orient et en Occident. — La médecine est aux mains des moines. — Les matrones. — La connaissance des ouvrages des Grecs et des Latins ne commence à se répandre par des traductions qu'à partir de Roger Bacon. — 3e *Période.* Renaissance. — De la fin du XVe siècle au commencement du XIXe. — Les livres anciens sont vulgarisés par l'imprimerie. — Les savants chassés de Constantinople fondent des écoles en Italie. — L'École de Salerne. — Les œuvres d'Ambroise Paré. — Les maladies des femmes commencent à être étudiées avec plus de soin. — Les deux publications

de Wolfius et de Spacchius. — Arrêt résultant de la propagation de la syphilis, et se prolongeant jusqu'au moment où les hommes interviennent dans la pratique des accouchements. — Progrès réalisés par les anatomistes et les Physiologistes. — État de la science à la fin du XVIII[e] siècle. — 4[e] *Période*. Contemporaine. — XIX[e] siècle. — Récamier et son spéculum. — Influence de cet instrument sur l'étude des maladies des femmes. — Pendant un certain temps toute l'attention est concentrée sur les lésions qui affectent le museau de tanche. — La pratique du toucher, négligée pendant plusieurs années, est remise en honneur après l'invention du cathétérisme. — Le cancer et la métrite. — Les déviations utérines. — Les phlegmasies péri-utérines et les maladies de l'ovaire. — C'est vers ces dernières que l'attention est maintenant dirigée. — C'est en les étudiant que l'on arrivera à réaliser les plus importants progrès en gynécologie.

MESSIEURS,

En commençant une série de Leçons dans lesquelles je me propose de vous entretenir spécialement des *Maladies des Femmes*, j'ai pensé que la meilleure manière de vous préparer à cette étude serait de faire passer sous vos yeux, dans une rapide revue, l'exposé des travaux les plus importants que nos devanciers nous ont laissés sur ce sujet.

Ce n'est pas un historique complet que je veux faire en ce moment devant vous ; une pareille étude, qui suppose des connaissances étendues et achevées sur la matière, serait, suivant moi, mieux placée à la fin de ces Leçons qu'à leur début, et peut-être me donnerai-je un jour la satisfaction de l'entreprendre, avec tous les développements qu'elle comporte. C'est un simple coup d'œil que je vous invite à jeter avec moi sur les travaux de nos prédécesseurs, afin de vous permettre d'apprécier la manière dont se sont accom-

plis, à travers les siècles, les progrès et les perfectionnements qui ont amené la science au point où nous la trouvons aujourd'hui. Cela nous permettra de mieux comprendre ce qui nous reste à faire, et nous montrera, peut-être, dans quelle voie nous devrons diriger nos investigations, pour qu'elles deviennent réellement fructueuses.

On a dit que les connaissances positives sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, et principalement sur celles qui affectent l'utérus, ne remontent pas au delà du commencement de ce siècle. C'est une opinion erronée que je me contente de rappeler, sans faire effort pour la combattre, car elle sera pleinement réfutée dans cette leçon.

En remontant pas à pas jusqu'aux origines de la science, nous trouvons que l'on peut partager en quatre périodes bien distinctes et bien tranchées l'histoire de l'étude des maladies des femmes : la première période commence à Hippocrate et finit à Paul d'Égine. Elle va donc de l'an 430 avant J.-C. jusqu'au milieu du VIIe siècle de l'ère chrétienne : c'est l'époque des travaux, des recherches et des progrès. La seconde période, pleine d'obscurité et d'ignorance, dure près de neuf cents ans : c'est la période du moyen âge; elle nous conduit jusqu'au commencement du seizième siècle, vers la fin duquel seulement nous voyons réapparaître des travaux sérieux et vraiment dignes d'examen. Cette troisième période, que j'appellerais volontiers période de renaissance, dure jusqu'au dix-neuvième siècle, avec lequel commence la quatrième période, ou période contemporaine.

Ces quatre périodes, que je ne vous signale ici que

pour établir tout d'abord les grandes divisions de notre sujet, seront d'ailleurs bien caractérisées et mieux définies dans le courant de cette étude, et pourront, pour la facilité de notre exposé, être subdivisées chacune en un certain nombre de périodes secondaires.

I. — PÉRIODE ANCIENNE OU GRÉCO-ROMAINE

C'est toujours Hippocrate qu'il faut nommer le premier quand il s'agit d'historique médical. En parcourant la collection hippocratique (1), qui date du cinquième siècle avant l'ère chrétienne, nous voyons que les médecins grecs possédaient des notions importantes sur les maladies des femmes. Lisez les chapitres : *Des maladies des femmes ; De la nature de la femme ; De la superfétation ; De la stérilité ; De la nature de l'enfant ; Des lieux ; Des épidémies*, et même celui *Des maladies propres aux vierges*, tout apocryphe qu'il puisse être ; parcourez avec attention les *Aphorismes* et les *Prédictions*, puis vous demeurerez convaincus que les médecins grecs avaient des connaissances, étendues et le plus souvent exactes, sur la plupart des maladies qui sont spécialement l'apanage du sexe féminin.

Hippocrate regarde les affections chroniques des femmes comme provenant de la matrice, seule source des accidents. L'illustre médecin grec devançait ainsi de vingt siècles le médecin hollandais Van Helmont, qui proclama le fameux aphorisme : *Propter solum uterum mulier est id quod est.*

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. nouvelle, par E. Littré. Paris, 1839-1861, 10 vol. in-8.

Hippocrate s'inquiète non-seulement des maladies des organes génitaux, mais aussi de l'influence que, par le jeu physiologique régulier de leurs fonctions, ces organes exercent sur l'ensemble de l'économie de la femme. C'est ainsi qu'il parle de la sensation vague éprouvée par la jeune fille quand elle devient pubère ; de la sensation plus profonde de la femme, au moment où elle conçoit. Il admet que les maladies sont plus fréquentes chez les femmes stériles que chez les autres.

A propos de la chlorose et de l'hystérie, il croit à l'influence favorable du mariage. Enfin, il insiste sur les conséquences des déplacements ou des déviations de l'utérus relativement à la conception, et, sans attendre que la théorie de l'ovulation ait donné l'explication de ce fait, il proclame que l'aptitude à la fécondation n'existe que chez les femmes menstruées ; surtout au moment des règles, plutôt à la fin qu'au début.

Le cathétérisme utérin est indiqué en divers endroits; le toucher, les pessaires intra-utérins, la dilatation du col, le redressement de la matrice, pour obvier à la stérilité résultant de la déviation, tout cela est signalé, tandis qu'on ne voit nulle part encore apparaître la moindre notion du spéculum.

Au livre IV des *Épidémies*, il est question d'une tumeur abdominale survenue après suppression des mentrues, et guérie après évacuations de selles abondantes. Cette tumeur pourrait bien avoir été formée par un phlegmon péri-utérin, à moins qu'elle ne fût due à une hématocèle (1).

(1) Hippocrate, *Épidémies*, liv. IV, § 38, trad. Littré, t. V, p. 181.

En résumé, les auteurs hippocratiques paraissent avoir connu un grand nombre d'affections utérines, celles qui sont propres aux femmes en couches, tout comme celles qui surviennent en dehors de l'état puerpéral. On sent qu'ils ont vu beaucoup, et qu'ils ont dû être à même d'acquérir une vaste expérience pratique; mais il y a chez eux une certaine confusion dans l'énumération des symptômes; aussi leur diagnostic reste-t-il presque toujours indécis, au moins pour nous qui les lisons à vingt-quatre siècles de distance; de telle sorte que, tout en étant autorisés à penser qu'ils ont vu juste, il nous est rarement possible de reconnaître exactement ce qu'ils ont décrit.

Le traitement est la partie la mieux développée dans leurs ouvrages; cela se comprend facilement, quand on songe que les médecins grecs étaient surtout des guérisseurs. Leur plus grande erreur, et elle a été partagée pendant bien des siècles par ceux qui leur ont succédé, a été de croire que l'utérus était une sorte d'animal, vivant d'une vie isolée au sein de l'organisme de la femme; s'y mouvant en toute liberté, et venant, par ses migrations, gêner le jeu des autres organes. C'est à sa présence, à l'épigastre ou au cou, qu'ils attribuaient la sensation de la boule hystérique. Et, comme ils s'étaient imaginé que cet animal devait avoir une prédilection marquée pour les odeurs suaves, en même temps qu'une répulsion profonde pour les mauvaises odeurs, ils avaient érigé en principe de thérapeutique de faire respirer aux hystériques des odeurs nauséeuses, de placer des parfums entre leurs cuisses, et de leur défendre l'usage des cosmétiques, pour que l'animal vagabond ne fût pas attiré vers la

tête, où sa présence devait causer des désordres fâcheux.

Il faut aller ensuite jusqu'au commencement de l'ère chrétienne pour trouver quelques notions exactes sur la pathologie féminine. Un Asclépiade (96 ans avant J.-C.) n'a rien laissé, mais il est cité par Aétius (1). et par Galien comme ayant indiqué les remèdes propres à faire cicatriser les ulcères de la matrice.

Celse (2), dans un assez grand nombre de passages de ses œuvres, s'est livré à des descriptions minutieuses sur les maladies de la vulve et de l'utérus. Le chapitre XXVIII du livre VII est intitulé : *Si naturalia fæminarum non admittunt concubitum, quo modo curari conveniat* (ce qu'il convient de faire quand il y a imperforation du vagin) ; l'auteur conseille l'incision cruciale, la dilatation par les mèches, et, enfin, le coït. Le chapitre XXIX contient la description des opérations à faire pour retirer le fœtus mort, hors de l'utérus. C'est en vain que j'ai cherché, dans les œuvres de Celse, un chapitre avec le titre : *De variis uterorum affectibus,* qui est cité dans un ouvrage récent.

On trouve des indications précieuses dans Arétée, de Cappadoce (3), qui vivait, suivant les uns, dans le

(1) Aétius, *Contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos.* Basileæ, 1545, in-fol. — *Recueil de médecine* en 16 livres. — Dans le dernier livre, les maladies des femmes sont toutes en 112 chapitres (les auteurs qu'il cite sont : Aspasie, Philomène, Léonidas, Archigène, Ruffus, Sorranus qui vivait 250 ans après J.-C., et Asclépiade).

(2) Cornelius Celsius, *De re medica,* libri octo. Lugduni apud Johannem Tornesium et Gulielum Gazeium, 1554. Lugduni Batavorum apud Johannem Elzevirium, 1657, Trad. en français. Édit. Fouquier et S. Ratier. Paris, 1824.

(3) Arétée, de Cappadoce, *De uteri morbis*, dans le livre II, chap. XI, de ses 8 livres de médecine. Édition de 1554, Julio Paulo Crosso, Patodino interprete, p. 190-196.

premier siècle de l'ère chrétienne ; suivant les autres, 350 ans seulement après Jésus-Christ. Il n'est pas douteux que cet auteur a observé et su reconnaître la plupart des affections utérines, telles que nous les décrivons aujourd'hui. Il donne les caractères des écoulements vaginaux, et parle de leur valeur, tant diagnostique que pronostique, en praticien consommé. Pour lui, la matrice n'est pas seulement exposée aux ulcères, à l'inflammation et aux flux; mais aussi aux déplacements divers qui peuvent être causes de graves dangers, au cancer, et enfin au prolapsus, qui peut être ou complet ou partiel (*Fluor duplex, duritia, ulcera aliqua innoxia, aliqua maligna, exitus totius aut partis*) ; il n'est pas jusqu'aux inflammations péri-utérines qu'il n'ait indiquées de façon à nous montrer que nous étions dans une erreur profonde lorsque nous attribuions à la science moderne la première notion de cet état morbide. Non-seulement il les a décrites, mais, en clinicien expérimenté, il a indiqué le seul moyen pratique de les diagnostiquer et de les reconnaître : « *Venæ autem in utero turgent et proximæ simul partes distenduntur, id vero perspicacibus medicis* TACTU *deprehenditur, neque enim aliter liquet.* »

Je veux bien qu'il puisse s'élever quelques doutes sur la nature de la tumeur dont il est question dans ce passage, et ce n'est pas ici le moment de discuter sur sa signification véritable; mais, quelles que puissent être les divergences d'opinion à cet égard, il n'en reste pas moins avéré, — et c'est ce que je tiens surtout à établir maintenant, — que, du temps d'Arétée, les maladies des femmes étaient non-seulement soignées, mais étudiées, examinées et diagnostiquées avec

une exactitude dont la rigueur et la précision laissaient fort peu à désirer.

Archigènes qui vivait sous Tréjan, en l'an 98 de l'ère chrétienne, s'est occupé des métrorrhagies et des ulcérations de la matrice.

Sorranus (1), également contemporain de Tréjan et d'Adrien, et élève de l'école d'Alexandrie, a décrit l'utérus en anatomiste qui l'a vu et disséqué, non pas seulement sur des animaux, mais bien sur des cadavres humains, comme cela était permis par des édits que les rois d'Égypte avaient déjà rendus au temps de Pline (2). On trouve dans les écrits de Sorranus et dans ceux de Moschion qui datent de la même époque (117 ap. J.-C), des renseignements ressemblant à ceux qui ont été donnés antérieurement par Arétée sur un certain nombre de maladies de la matrice.

Galien (131 à 200 ans après J.-C.) n'a rien écrit de spécial sur les maladies des femmes, quoiqu'on lui ait attribué un livre de *Gynœceis,* qui paraît apocryphe et où nous ne trouvons rien d'important à signaler (3).

J'en dirais autant des œuvres d'Oribaze de Pergame qui vivait en 360 ap. J.-C. et de celles d'Aétius (4), 380 suivant les uns, 543 ap. J.-C, suivant les autres,

(1) Il y a eu deux Sorranus, tous deux originaires d'Éphèse. Le second qui aurait vécu 250 ans après J.-C. aurait fait 4 livres sur les maladies des femmes. Celui *de utero et muliebri pudendo* a été imprimé à Paris en 1554 et 1556.

(2) Pline, lib. XIX.

(3) Galien, *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales*, trad. par Ch. Daremberg. Paris, 1854-1857, 2 vol. Il faut, suivant certains commentateurs, supposer qu'une partie importante de ses œuvres a été brûlée dans l'incendie du temple de la Paix à Rome.

(4) Aétius, *Contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos*. Basileæ, 1545, lib. XVI.

si l'on ne trouvait dans ces dernières l'indication de l'usage de la sonde et du doigt pour redresser l'utérus dévié, indication confirmative de ce premier fait sur lequel j'ai déjà attiré votre attention, que, dans ces temps reculés, toutes les explorations indispensables pour le diagnostic et le traitement des maladies des femmes étaient usuellement pratiquées par le médecin lui-même. La lecture du livre d'Aétius a pour nous un autre intérêt : nous y trouvons la mention des noms d'un certain nombre d'autres auteurs dont les ouvrages sur les maladies des femmes ne sont pas tous parvenus jusqu'à nous. De ce nombre sont l'Asclépiade, dont je vous ai parlé, une certaine Aspasie, puis Philomène, Léonidas, Archigène, Ruffus et Sorranus.

Paul d'Égine (634), désigné sous le nom d'*Obstetricius* (1), décrit un spéculum qui permet de voir profondément les parties génitales de la femme. Il indique la forme de l'instrument (λωτος), la manière de l'appliquer, et conseille de se placer à droite de la femme (*medicus autem ex dextrâ sedens tentabit speculo, quod dioptram dicunt, ætate accommodato*). La façon dont il s'exprime à l'égard du spéculum doit faire penser que cet instrument était connu avant lui, mais je n'ai pu en trouver l'indication dans aucun autre ouvrage antérieur. Paul d'Égine parle encore des diverses variétés de l'inflammation utérine, dont l'une *inflammatio cum duritiâ*), déjà signalée par Arétée de Cappadoce, me paraît avoir beaucoup de rapport

(1) Paul d'Égine, *De abcessu vulvæ*. Édit. Vuendelinum Rihelium. 1542, p. 304. — *Chirurgie*, texte grec, avec traduction française par R. Briau. Paris, 1855.

avec certaines formes de la métrite chronique, que l'on désignait, il y a moins de trente ans, sous le nom d'engorgement dur ou squirrheux, et que l'on avait tant de peine à différencier du cancer à son début.

Jusqu'ici, c'est-à-dire jusque vers le milieu du septième siècle de l'ère chrétienne, les notions sur les maladies des femmes sont, vous le voyez, Messieurs, assez exactes, et même, à de certains points de vue, assez complètes ; nous allons entrer maintenant dans une longue période d'erreur et d'ignorance.

Les auteurs dont nous venons de passer les ouvrages en revue représentent les temps les plus florissants des civilisations grecque et romaine. Or, en Grèce et à Rome, la femme tenait une place importante dans la société ; elle vivait de la vie commune et exerçait souvent une influence capitale. A Athènes, nous la voyons prendre une part active à la vie publique et à l'étude des lettres et des arts ; à Sparte, où Lycurgue avait consacré tant de soin à l'éducation des femmes, nous voyons la jeune fille participer aux luttes du gymnase ; et la mère de famille garder la direction de l'éducation de son fils qu'elle termine seulement le jour où l'armée le réclame ; encore tient-elle à lui remettre elle-même son bouclier avec cette simple recommandation, pleine d'une noble grandeur : « Reviens dessus ou dessous, » c'est-à-dire mort ou vainqueur.

A Rome, l'influence de la femme est peut-être plus marquée encore ; ainsi, nous voyons Cornélie, mère des Gracques, présider elle-même à l'éducation de ses fils, les deux plus énergiques tribuns de l'altière république, qui fit deux de ses plus importantes révolutions

pour venger l'honneur de deux femmes outragées : Lucrèce et Virginie.

On comprend donc facilement que, dans des sociétés ainsi constituées, l'attention des médecins fût dirigée vers l'étude des maladies des femmes, et que les explorations nécessitées par cette étude ne fussent pas empêchées par les scrupules exagérés d'une pudeur déplacée. Il en est résulté une somme de connaissances positives et véritablement précieuses, qui ont été recueillies par les médecins éclairés de cette époque intelligente. A ces connaissances, que la tradition nous a transmises, non-seulement les siècles suivants n'ont rien ajouté, mais on peut dire qu'ils ont retranché beaucoup, pendant la période de barbarie qui a marqué la chute de l'empire romain.

En effet, à l'époque de l'histoire où nous sommes parvenus, l'invasion des barbares, commencée à la fin quatrième siècle et continuée pendant le cours du cinquième, a renversé cette civilisation gréco-romaine, sous l'heureuse influence de laquelle les sciences avaient pu se développer concurremment avec les arts. Du vaste empire de Théodose, partagé, en 395, entre ses deux fils, la portion occidentale était, en 476, complétement tombée aux mains des barbares, qui, tout entiers occupés à se disputer le sol de l'Italie, de la Germanie et des Gaules, et à constituer leurs nationalités nouvelles sur ces territoires à peine conquis, n'avaient pas le loisir de cultiver les lettres ni les sciences. L'empire d'Orient résista plus longtemps; mais, après avoir jeté un éclat éphémère sous Justinien (507-565), il ne tarda pas à tomber dans cet état de décadence d'où sortit le Bas-Empire, qui, tout en con-

servant une existence précaire, n'eut plus désormais aucune influence sur les destinées du monde. Aussi les progrès des arts et des sciences furent-ils complétement arrêtés, à Constantinople aussi bien qu'à Rome, et la médecine, suivant le sort commun, fut-elle assez abandonnée pour que nous puissions nous demander s'il y eut encore, en Europe, des médécins véritablement dignes de ce nom.

II. — PÉRIODE DU MOYEN AGE.

Le septième siècle voit surgir, vers les limites extrêmes du monde alors connu, une civilisation nouvelle, créée pour ainsi dire de toutes pièces, en Orient, par Mahomet. Le Prophète naquit en 570 ; mais c'est en 622 qu'eut lieu sa retraite, de la Mecque vers Yatred, *hégire*, de laquelle date l'ère musulmane.

A partir de cette époque, l'influence des Arabes se répandit rapidement, et, après avoir conquis le nord de l'Afrique, ils pénétrèrent en 711, en Espagne, d'où ils firent, de 723 à 743, de nombreuses excursions jusque sur le territoire de l'ancienne Gaule. Seulement, au contraire des conquérants du Nord, contre lesquels ils vinrent se heurter, et qui n'apportaient le plus souvent avec eux que la barbarie, la dévastation et la ruine, ces conquérants du Midi répandaient sur leur passage et autour d'eux les bienfaits d'une civilisation déjà raffinée et qui se montrait surtout amie des sciences et des arts. De cette civilisation profitèrent non-seulement les peuples soumis à leur domination, mais aussi ceux qui, avec des fortunes diverses, avaient pu s'y soustraire.

Si vous voulez bien vous rappeler que ces orgueilleux croyants étaient tellement convaincus de leur supériorité qu'ils ont pu, à tort ou à raison, être accusés d'avoir dédaigneusement brûlé la riche bibliothèque d'Alexandrie, sous prétexte que toute science devait émaner du Koran, vous comprendrez qu'ils aient tenu, pendant toute la période de fanatisme qui marqua le début de leur puissance, à ne rien emprunter aux monuments des civilisations grecque et romaine qui les avaient précédés. Aussi, ces monuments restèrent-ils longtemps lettre morte pour eux, qui pendant près de dix siècles, marchèrent à la tête des nations civilisées, et donnèrent le signal des progrès les plus importants accomplis pendant toute cette longue période.

Or, si ces progrès furent immenses en ce qui concerne les arts et les sciences ; si la médecine elle-même, et surtout la chirurgie, cette médecine active des peuples guerriers et conquérants, furent cultivées avec honneur et perfectionnées par les Arabes, il faut bien reconnaître que toute la partie de la science qui se rapporte aux maladies des femmes fut complétement négligée par eux.

Comment en eût-il été autrement? Esclave, et n'ayant d'autre mission que de satisfaire aux plaisirs de son maître, la femme n'avait aucun rôle dans la société musulmane. Enfermée, et jalousement gardée tant qu'elle avait la faveur, elle devait être dédaigneusement mise de côté lorsque la maladie altérait sa beauté; et, dans tous les cas, personne ne pouvait être admis assez près d'elle pour songer sérieusement à la soigner et à la guérir. Aussi, voyons-nous les médecins arabes négliger complétement cette partie de la

science médicale. Leur ignorance, à cet égard, se révèle à chaque page de leurs œuvres, soit qu'ils la passent entièrement sous silence, soit qu'ils abritent sous leur patronage les formules de l'empirisme le plus extravagant.

Trop souvent les plus distingués d'entre eux se fient aux matrones pour étudier les maladies des femmes, aux amulettes ou aux pratiques de la superstition la plus grossière pour les guérir. A peine Rhazès (1) et Avicenne (2) parlent-ils vaguement d'hémorrhoïdes et de rhagades de l'utérus. Ils donnent bien une indication du spéculum, mais si vague et si indécise que l'on peut douter qu'ils l'aient jamais employé eux-mêmes.

Albucasis (1104) décrit avec plus de détails un instrument destiné à explorer l'utérus, et il en donne le dessin (3). Il dit que les explorations portant sur les organes génitaux de la femme ne doivent jamais être pratiquées par des hommes. — Et il rapporte un cas de grossesse extra-utérine avec expulsion du corps du fœtus par lambeaux à travers un orifice ouvert à la paroi abdominale antérieure.

Avarhoès, son élève, considère les ovaires comme étant absolument inutiles à l'acte de la génération.

Du reste, ce n'est pas seulement dans les auteurs arabes eux-mêmes que nous pouvons constater la pénurie des notions relatives aux maladies des femmes, qui caractérise cette époque. Cette pénurie se retrouve, au moins aussi complète dans les auteurs européens

(1) Rhazès, *De chirurgiâ.*

(2) Avicenne, *Canon Medicinæ*. Édit. Plempius. Lovanii, 1658.

(3) Albucasis, *Gravissimorum aliquot affectuum mulicbrium præcipuè ad Chirurgiam spectantium ; De extractione fœtus mortui*. In *De chirurgiâ*, arabice et latine, cura J. Channing. Oxonii, 1778.

du moyen âge, qui, ayant puisé toute leur instruction médicale auprès des Arabes, sont connus sous le nom d'arabistes : Constantin (de Carthage), dit l'Africain (1), qui, vers 1060, traduisit de l'arabe divers ouvrages, parmi lesquels se trouvait un opuscule sur les maladies des femmes ; Gérard (de Crémone) (2), qui, pendant le douzième siècle, apporta en Italie la traduction du Canon d'Avicenne, des œuvres de Rhazès, et, enfin, de certains ouvrages d'Hippocrate et de Galien, qui, dédaignés d'abord par les Arabes, étaient alors traduits dans leur langue ; Henri de Saxe (3), le disciple d'Albert le Grand (1290) ; Arnaud de Villeneuve (1295) ; Bernard Gordon (4) (1305) ; Jean de Salerne (1350) ; Guy de Chauliac (5) (1363), etc.

Il suffit de parcourir les œuvres de ces médecins pour reconnaître, non-seulement qu'ils ont tout emprunté aux Arabes, mais que, le plus souvent, ils ne se sont même pas donné la peine de les paraphraser et qu'ils les ont copiés servilement, au moins en ce qui concerne les maladies des femmes, à propos desquelles je puis vous affirmer et qu'ils ignoraient ce qui avait été enseigné par les auteurs grecs et romains, et qu'ils n'avaient acquis par eux-mêmes aucune expé-

(1) Constantin, traduction du *Viatique* d'Isaac, du *Pantagni* d'Ali-Abbas, des *Commentaires* de Galien, dans le recueil de ses œuvres on trouve un traité de trois pages, ayant pour titre : *De passionibus mulierum et matricis.*

(2) Gérard, de Crémone, traduction d'Hippocrate, de Galien, de Sérapion.

(3) Henri de Saxe, *De secretis mulierum, De secretis naturæ.*

(4) Bernard Gordon, *Practica dicta lilium medicinæ.* Lugduni, 1491, Édit. française de 1509, VIIe livre.

(5) Guy de Chauliac, *La grande chirurgie*, restituée par M. Joubert. Montpellier, 1578 et Tournon, chez Paul Frelon, 1619, v. p. 575 et suiv. de cette dernière édition.

rience personnelle. C'est surtout ce défaut absolu d'observation personnelle qui caractérise toutes les œuvres écrites pendant la période du moyen âge; ainsi, je trouve dans la *Fleur de lys de la médecine, de Gordon,* écrite en 1305, et traduite en français en 1509, un passage de cette force : « *Menstrues fluent selon l'usage de la lune, car ils viennent aux pucelles au premier quarteron, et ès jeunes au deuxième quarteron, et ès vieilles au tiers, et ès anciennes au quart; pour ce pouvons juger que jeunes gens se doivent soigner en nouvelle lune et les anciens en vieille lune.* »

Le même auteur indique un moyen de diagnostic qui suffit pour permettre de juger la valeur de ses connaissances pratiques : « *On peut faire par cette manière qui n'est pas moult honneste : prenez un drapel net et délié et le baignez en menstrues, puis le mettez sécher, puis le lavez, et s'il se tire à rougeur, c'est cause de sang; s'il se tire à couleur citrine, c'est colère; s'il est blanc, c'est flemme; si c'est à liveur, c'est mélancolie. Et par ce on cognoyt l'humeur péchant et la cause de la retenue, et la cause de stérilité et des semblables.* »

Dans le chapitre x du même livre, nous trouvons une description de l'hystérie rappelant jusqu'à un certain point celle d'Hippocrate; car l'auteur attribue la maladie, qu'il désigne sous le nom de *suffocacion de matrice*, au déplacement de l'utérus vers les parties supérieures : « *Suffocacion de matrice, c'est la matrice qui monte de bas jusqu'au diaphragme pour humeurs corrompues venimeuses par lesquelles avient compression des membres spirituels et sin-*

copine et ablacion de sens et mouvement en tout le corps. »

Le chapitre XII, qui est intitulé : *De rhagadiis vulvæ,* est, en effet, consacré aux moyens de reconnaître et de guérir les plaies, les ulcères, les végétations des organes génitaux, mais bien plutôt lorsqu'elles affectent la vulve que l'utérus lui-même. Gordon conseille bien de placer la femme dans un lieu clair, et de mettre un miroir devant la vulve, pour mieux voir la lésion qu'on doit traiter. « *Ponatur mulier in loco luminoso, et speculum præsentetur naturalibus illis, tunc in speculo apparet, si fuerit ulcus, aut rhagadia, aut quid aliud* (1). »

Dans les chapitres suivants, l'auteur s'occupe des déplacements, des déviations de l'utérus : *De præcipitatione matricis.* Il conseille de faire pratiquer le toucher par une matrone, — « *et si passio fuerit occulta, tunc obstetrix debet apponere manum vel digitum,* » — et recommande le traitement déjà indiqué par Hippocrate : les ventouses au côté opposé, ou aux mamelles, les fumigations agréables en haut et nauséeuses en bas ; si ces moyens ne réussissent pas, il fait replacer la matrice dans sa situation normale par la sage-femme, n'osant pas se permettre d'y toucher lui-même. — « *Et obstetrix immergat manum suam cum oleo masticho, et si matrix apparet exterius, reponat eam in loco suo.* » — Par ce mot *obstetrix*, que je retrouve et dans l'édition de 1491, et dans

(1) Nous citons le texte latin relatif à ce passage, à cause de la crudité de langage qu'il présente dans la traduction française de 1509, dans laquelle le mot *speculum* est remplacé par celui de *mirouer*.

les éditions latines du XVI[e] siècle, on pourrait croire que l'auteur a entendu dire qu'il fallait recourir à l'assistance d'une sage-femme expérimentée ; mais si l'on se reporte à l'édition française de 1509, on voit qu'il s'agit non plus seulement d'une sage-femme, pas même d'une matrone, mais bien seulement de la *servante*. C'est à la servante que les médecins de cette époque étaient forcés d'avoir recours pour pratiquer les attouchements qui devaient éclairer leur diagnostic ou faciliter leur traitement, et vous comprenez, sans peine, quelle incertitude devait en résulter pour leur pratique.

Pourquoi donc cette réserve poussée jusqu'à la pruderie, et que nous avons pu voir se propager jusqu'à nos jours, où, il y a peu d'années encore, des praticiens en renom acceptaient que leurs malades, refusant de se laisser examiner par eux, fussent visitées, hors de leur présence, par une sage-femme d'après les déclarations de laquelle ils donnaient leurs ordonnances ; comme si la partie la plus importante de la consultation qui leur était demandée ne consistait pas plutôt dans ces explorations pour lesquelles la délicatesse des sens est au moins aussi indispensable que la rectitude du jugement, et comme s'il était possible de songer sérieusement à instituer un traitement convenable sur des constatations que l'on n'aurait pas contrôlées soi-même ?

Pourquoi ces explorations pratiquées journellement par les médecins de l'antiquité ne l'étaient-elles plus par les médecins du moyen âge ? C'est, à n'en pas douter, parce que les mœurs occidentales se sont profondément ressenties, pendant toute cette période, de

l'influence des habitudes de l'Orient, contractées, à leur insu sans doute, par nos paladins pendant les guerres des Croisades. Ici, les femmes n'étaient pas gardées par des eunuques, et, loin de leur commander, chacun tenait à honneur de leur obéir aveuglément ; mais, reines ou déesses, elles n'en étaient pas moins esclaves, et le profond respect dont on les entourait, formait autour d'elles une enceinte non moins infranchissable que les murs du harem. Pour se traduire autrement, la jalousie des chevaliers qui avaient guerroyé en Palestine n'était pas moins ardente que celle des Sarrazins, et s'ils n'approchaient qu'en tremblant de la dame de leurs pensées, ou ne lui parlaient qu'à genoux, ils n'auraient pas souffert qu'un autre homme l'abordât de plus près, même pour la soigner, la guérir, et la rendre à leur adoration. D'où il résulte que des habitudes et des mœurs, en apparence complétement opposées, conduisirent absolument au même résultat, c'est-à-dire à l'abandon complet par les médecins de l'étude des maladies des femmes, dont le traitement fut exclusivement confié aux matrones et aux sages-femmes. Du reste, la femme était loin d'occuper une place importante dans cette société régie par la loi salique, et à une époque où l'on mettait gravement en discussion la question de savoir si elle avait une âme ; aussi n'est-il pas étonnant que, tout en étant plus adulée, elle n'ait pas été mieux ni plus attentivement soignée en Occident qu'elle ne l'était en Orient.

Au surplus, la science médicale, comme toutes les autres sciences, était alors surtout aux mains des moines, qui avaient recueilli dans leurs couvents, les

rares manuscrits échappés aux dévastations des barbares. Grâce à eux, la médecine des Arabes put souvent être complétée par celle d'Hippocrate et de Galien, mais leur attention, éveillée sur tous les autres points, devait discrètement s'éloigner de l'étude des maladies des femmes, et cette réserve, dictée par leur caractère, vint certainement s'ajouter à celle qui était déjà dans les mœurs de l'époque, et dont je crois vous avoir suffisamment indiqué l'origine.

L'ignorance de Gordon n'a donc rien d'exceptionnel et elle est partagée par tous les auteurs de la même époque, aussi bien par Lanfranc que par Guy de Chauliac (1). Ce dernier, dans sa *Grande Chirurgie* (1367), ne consacre à la pathologie des femmes que quelques pages fort incomplètes. Il parle d'abord de l'*hermaphrodisie*, distinguant l'hermaphrodite mâle de l'hermaphrodite femelle ; viennent ensuite les chapitres : *Des passions de l'amarry* (utérus) *et premièrement de sa closture. — De l'amplification de la vulve. — Du tentige de l'amarry* (addition charnue). — *De tirer hors l'enfant. — De tirer hors l'arrière-faix. — De l'amas de chair en l'amarry* (môle d'après Avicenne). Et c'est tout. Mais l'énumération de ces chapitres ne suffit pas pour vous permettre d'apprécier la nullité de chacun d'eux. Il en est plusieurs qui ne comportent pas plus de quatre à six lignes, et qui cependant fourmillent d'erreurs. En voulez-vous un exemple ? prenez la description anatomique de l'utérus, donnée par le même auteur au commencement de son livre : « *Elle a,* y est-il dit

(1) Guy de Chauliac, *La Grande Chirurgie.*

(l'amarry), *colligeance ou alliance avec le cerveau, le cœur, le foie et l'estomac et est attachée au dos. Entre elle et les mamelles sont continues les veines du lait et des menstrues, à raison de quoi, dit Galen, qu'Hippocras disoit le lait être frère des menstrues.* »

Celui qui a écrit ces lignes n'avait certainement jamais vu ni un utérus, ni un seul des ouvrages d'Hippocrate ou de Galien, dont il parlait seulement par ouï-dire. Cela lui était du reste permis, car les manuscrits grecs étaient rares, et la langue dans laquelle ils étaient écrits les rendait incompréhensibles pour la plupart de ceux qui les possédaient. Aussi n'est-il pas étonnant que, dans le xe siècle, au terme duquel chacun était convaincu que devait arriver la fin du monde, et quand on manquait de papyrus, on ait gratté les vieux parchemins, pour remplacer par des images saintes ou des cantiques enluminés les caractères profanes dont ils étaient couverts.

Un tel état de choses ne devait pas durer indéfiniment, et du sein même des communautés religieuses ne tardèrent pas à surgir les savants qui, recueillant avec soin ces précieux manuscrits, nous les ont transmis au moyen de copies ou de traductions plus ou moins fidèles, mais certainement supérieures à celles qui avaient été prises sur les traductions arabes.

Déjà, dans le courant du xiie siècle, postérieurement par conséquent aux travaux de Constantin et de Gérard, le moine Bacon (1), en composant une

(1) Bacon, traduction des ouvrages grecs et romains dans son traité *De retardandis senectæ accidentibus et conservandis sensibus*, 1214-1290.

grammaire latine, grecque et hébraique, avait, avec l'autorité d'un puissant génie, donné à l'étude de ces langues une impulsion qui fut suivie, et qui permit aux médecins des siècles suivants, aux Léonicène, aux Marc Guatinaria (1), aux Antoine Guainier (2), aux Savonarole (3), aux Plater (4); de retrouver dans les œuvres des médecins de l'antiquité des notions relatives aux maladies des femmes, qui étaient demeurées à peu près complétement inconnues et des médecins arabes, et des arabistes leurs disciples. Seulement, ces connaissances ne sortirent pas, à cette époque, du domaine de la théorie pure, et, sans vouloir entrer dans de nombreuses citations qui deviendraient fastidieuses, il me suffira de vous dire que la *môle*, cette affection bizarre en même temps que si exceptionnelle et si rare, fait à elle seule les frais de la majeure partie des descriptions tracées par les médecins du moyen âge, pour vous convaincre que ces auteurs prenaient leurs types plutôt dans les œuvres de leurs devanciers que sur la nature, dont le livre devait, pendant assez longtemps encore, rester fermé pour eux.

III. — PÉRIODE DE RENAISSANCE.

L'œuvre entreprise par les savants et les lettrés des

(1) Marc Guatinaria de Pavie (1440), six chapitres sur le traitement de diverses maladies des femmes.

(2) Antoine Guainier, *De ægritudinibus matricis*, en vingt-sept chapitres. — Sur la conception et les moyens de la faciliter.

(3) Savonarole, *Praticâ de ægritudinibus de capite usque ad pedes*, 1498-1560. Sur six livres de son ouvrage, vingt-quatre alinéas du sixième sont consacrés aux maladies des femmes.

(4) Félix Plater, *Anatomie*, observations d'abcès des ligaments larges.

XIIIe et XIVe siècles devait être fécondée pendant le cours du XVe siècle, si fertile en événements historiques importants, au premier rang desquels il convient de placer l'invention de l'imprimerie, qui eut lieu en 1434.

Ce fait, en apparence bien modeste et bien simple, et qui passa certainement inaperçu de ceux dont toute l'attention était absorbée par l'agonie de l'Empire grec ou par l'expédition de Christophe Colomb, devait exercer, par la suite, sur les destinées du monde, une influence de beaucoup supérieure à celle de la prise de Constantinople par les Turcs, ou de la conquête de l'Amérique par les Espagnols. Si modeste qu'il fût à ses débuts, l'art de l'imprimerie joua, dès les premiers moments, un rôle capital dans le grand mouvement de transformation du moyen âge. En ce qui concerne la science médicale, qui avait besoin pour se reconstituer de renouer la chaîne de la tradition, depuis trop longtemps brisée, on se hâta de publier et de répandre les œuvres des maîtres de la Grèce et de Rome. Elles furent publiées, soit textuellement, soit après avoir été traduites, soit avec des commentaires ajoutés au texte; mais l'essentiel est qu'elles furent connues des médecins, qui y puisèrent l'amour de la science et le goût de l'observation.

C'est à cette époque que les œuvres de Celse, qui d'après Gerbert, auraient été lues dans les cours au dixième siècle, et conservées sous forme de notes, furent retrouvées et remises au jour par un certain Thomas de Sarzane. Quant aux auteurs grecs, dont les travaux n'avaient jusqu'alors pénétré en Occident que par l'intermédiaire des Arabes, ils purent enfin être

traduits directement en latin par les savants de Constantinople, qui, obligés de s'enfuir après la prise de cette ville par les Turcs Ottomans, en 1453, se répandirent en Europe, et surtout en Italie, où leur présence ne contribua pas peu à entretenir le goût des lettres, déjà remis en honneur sous la protection éclairée des Visconti, des Sforza et des Médicis.

On rechercha avec ardeur les anciens manuscrits, conservés dans les couvents par les moines, et bientôt la lecture des grands classiques servit à ramener dans la voie du bon sens et de l'observation sérieuse la science si longtemps égarée.

Déjà on s'était livré aux recherches anatomiques qui, permises autrefois, en Égypte, par les édits rendus au temps de Pline avaient été défendues par la législation musulmane et se trouvaient ainsi presque complétement abandonnées depuis; dès 1315, Mondini, de Luzzi, avait disséqué publiquement deux cadavres de femmes (1). Les descriptions qu'il en donna laissent certainement beaucoup à désirer; mais c'était faire un grand pas en avant que de reconnaître, à cette période de l'art médical, l'utilité des notions positives; c'était tracer le chemin du progrès et pressentir le but vers lequel tend la science moderne.

Un nouvel art, celui de la gravure, vint en aide à l'imprimerie; on vit paraître, dès la fin du quinzième siècle, des ouvrages illustrés de planches,. dont l'un, dû à Jean de Ketham (2), contient une figure, assez peu exacte du reste, qui représente la matrice.

(1) Mondini, *Anatomia*. Paviæ, 1478, in-fol.

(2) Joannes de Ketham, *Fasciculus medicinæ tractaris de anathomia et diversis infirmitatibus*. Venetiis, 1495, in-fol.

Un des auteurs qui profitèrent le plus des avantages fournis par la gravure est Ambroise Paré (1), dont les œuvres, publiées en 1561, sont ornées d'un certain nombre de dessins. — Dans son livre de la *Génération de l'homme,* il donne divers « *pourtraicts du speculum matricis et de pessaires de métal, pour éventiller la matrice.* »

Il ne paraît pas s'être servi beaucoup de ces instruments, et il a grandement raison de mettre, en tête de ce livre qu'il « *a été recueilly des anciens et des modernes*, » prévenant ainsi, pour cette fois, le reproche qu'on lui a si souvent adressé, de ne pas s'être suffisamment abstenu d'écrire sur des sujets qu'il ne connaissait pas. Ce petit traité n'est qu'une indigeste compilation des travaux anciens, dénaturés par les Arabes ou les arabistes, et il vaudrait mieux pour la gloire de Paré qu'il n'y eût pas mis son nom. — Du reste, il est généralement reconnu qu'il ne l'avait pas écrit lui-même; car les biographes s'accordent à dire que ce chirurgien, très-apprécié par son sens pratique, n'avait pas assez d'érudition pour faire les recherches bibliographiques nécessaires à un pareil travail.

(1) A. Paré, *Dix livres de la chirurgie, avec le magasin des instruments nécessaires.* Paris, 1561, in-8. *Dix livres de la chirurgie, avec le magasin des instruments nécessaires à icelle* par A. Paré, de l'imprimerie de Jean Le Royer, 1564. — *Deux livres de chirurgie, de la génération de l'homme et manière d'extraire les enfants hors du ventre,* etc., par A. Paré, chez André Wechel, 1573. — Un volume rare et non mentionné est intitulé : *Cinq livres de chirurgie,* Paris, chez André Wechel, 1572 ; il ne renferme rien de relatif aux maladies des femmes. Voici du reste les titres de ces cinq livres : I. *Des bandages.* II. *Des fractures.* III. *Des luxations avec une apologie touchant les arquebousades.* IV. *Des morsures et piqueures venimeuses.* V. *Des gouttes.* — *Œuvres complètes,* revues et collationnées avec notes et introduction, par J.-F. Malgaigne. Paris, 1840. 3 vol. gr. in-8, avec 217 fig.

Cet auteur indique comme cause de stérilité l'occlusion du col de l'utérus, lequel peut être oblitéré par une membrane hymen. (Tout ce qu'il dit du col se rapporte évidemment au vagin.) Il rapporte que, dans un cas semblable, Jean Wier pratiqua l'incision de cette membrane pour obvier à une rétention du flux menstruel, et qu'il donna issue à huit litres de sang corrompu. A l'exemple d'Hippocrate, il regarde la période menstruelle, surtout à la fin, comme le moment le plus favorable pour la conception, et décrit l'hystérie sous le nom de *Suffocation de la matrice.*

Dans le chapitre sur la *Précipitation de la matrice,* il comprend non-seulement le prolapsus, mais encore les versions. Il donne quelques notions thérapeutiques intéressantes à retenir, telles que l'application des sangsues sur le col de l'utérus ; mais il ne faut pas oublier que, pour lui, col est synonyme de vagin, ce qui permet de penser que les sangsues qu'il prescrivait étaient appliquées tout simplement à la vulve. Il conseille aussi l'usage de l'eau, cuite et ferrée comme boisson pour arrêter les métrorrhagies, et il indique la meilleure position pour prendre les injections. Enfin, il a décrit, sous le nom de *verrues* de la matrice, les plaques muqueuses et les végétations syphilitiques ; c'est même à ce sujet qu'il a donné « *le pourtraict du spéculum* ».

En tout cela, les œuvres d'Ambroise Paré ne nous offrent pas un immense intérêt au point de vue des progrès apportés à l'étude des maladies des femmes ; cependant, il était bon de nous y arrêter, parce qu'elles marquent en quelque sorte une date, en nous initiant aux tendances médicales de l'époque, qui sont carac-

térisées par un retour aux idées anciennes et une réserve moins grande dans l'examen des organes génitaux de la femme.

Cette tendance nous est révélée bien plus manifestement encore par deux publications extrêmement importantes qui eurent lieu vers la fin du seizième siècle. Presque simultanément, deux éditeurs, Caspar Wolfius (1) et Israël Spachius (2), eurent l'idée de rassembler tout ce qui avait été écrit sur les maladies des femmes et de publier ces collections qui ne renferment aucun fait nouveau, mais qui prouvent combien l'attention était alors attirée vers l'étude de la pathologie féminine.

Ils renferment les mêmes ouvrages ; seulement le dernier contient un opuscule de Martin Akakia et un de Ludovicus Mercatus, qui n'existent pas dans le premier.

On trouve dans l'un et dans l'autre un livre sur

(1) Casp. Wolfius, sous la direction de Conrad Gesner, *Gynæciorum, sive de mulierum affectibus commentarii, græcorum, latinorum, barbarorum, etiam aliis et nunc recens editorum; in tres tomas digesti et necessariis passim imaginibus illustrati.* Basileæ, per Conradum Valdkirch, 1586.

(2) Spachius, *Gynæciorum, sive de mulierum tum communibus, tum gravidarum, parientium et puerperarum affectibus et morbis. Libri, græcorum, arabum, latinorum veterum et recentium quotquot extant, partim nunc primum editi, partim vero denuo recogniti, emendati, necessariis imaginibus exornati, et optimorum scriptorum autoritatibus illustrati.* Opera et studio Israelis Spachii, Med. D. et Profess. Argentinensis, 1587. — Voici la liste des auteurs dont les ouvrages sont réunis dans ces deux recueils : Félix Plater, Moschion, Trotula seu *Eros*, Nicolas Rocheus, Lud. Bonacciolus, Jacobus Sylvius, Joannus Ruffus, Mercurialis, J.-B. Montanus, Victor. Trincovellius, Albert. Bottonus, Jean Le Bon, Amb. Paré, Jacob. Guellemans, Albucasis, Fr. Roussetus, Gaspard Bauhin, Lithopeadius, Maurice Cordeus, Martin Akakia, Lud. Mercatus.

les maladies des femmes imprimé en 1544, et dont l'auteur, Trotula (1), serait, à ce qu'on prétend, Eros, médecin et affranchi de Julie, fille d'Auguste; mais il ne convient pas de lui assigner une aussi ancienne origine, car il y est question des dames sarrasines et salernitaines ; ce qui a fait penser qu'il était l'œuvre d'une sage-femme de Salerne, de la fin du onzième siècle. On peut même aller plus loin encore et, à certaines indications que contient cet ouvrage, notamment à celle de préparations médicinales faites avec de l'eau-de-vie, trouver la preuve qu'il a dû être écrit vers le quatorzième siècle. Quelle que soit sa date, ce livre ne nous apprend rien d'intéressant ni de neuf; il ne fait que reproduire les idées d'Hippocrate, aux explications hypothétiques duquel il ajoute des explications plus hypothétiques encore, sans apporter aucun fait qui permette de reconnaître dans son auteur un observateur perspicace et éclairé. Il se divise en deux parties : la première *Trotula minor* ne renferme que des recettes de toilette et des prescriptions d'hygiène ; c'est dans la seconde *Trotula major* que l'on trouve à côté de la description de certaines maladies des femmes, celle de quelques affections de l'anus et même des organes génitaux de l'homme.

Des auteurs dont les œuvres sont réunies dans ces deux collections, Félix Plater (2), est peut-être celui

(1) Trotula, *In utilitatem mulierum et pro decoratione earum, scilicet de facie et de vulva earum*, publié par Baudini. Florentiæ, 1776, in-fol. — Voy. *L'École de Salerne*, trad. Meaux Saint-Marc, avec introd. de Ch. Daremberg. Paris, 1861.

(2) Félix Plater, *Quæstiones physiologicæ de partium in utero conformatione*. Lugd. Batav., 1560, in-12. — *De notis virginitatis*. — *De mulierum partibus generationi dicatis*. Argentini, 1597, in-fol.

dont la lecture offre le plus d'intérêt pour nous, car il donne des notions assez exactes sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux, et j'ai trouvé dans divers passages de ses œuvres des observations fort intéressantes que j'aurai occasion d'utiliser par la suite, particulièrement celle qui est intitulée : *Uteri et vesicæ cervicum ulcera curata.*.

Nous sommes à une époque pendant laquelle l'esprit d'observation se développe, et c'est là surtout ce qui caractérise les publications de Forestus (1), dans les descriptions duquel nous trouvons des documents beaucoup plus utiles à consulter que dans les disquisitions théoriques d'auteurs qui ont un plus grand renom.

Presque tous les médecins qui ont écrit à cette époque ont consacré un ou plusieurs chapitres de leurs traités généraux à l'histoire des maladies des femmes, et je ne puis vous les citer tous. Je me bornerai à vous dire que Franco (2), en 1556, donne la description de son spéculum qui est, à peu près à la même époque, figuré par Ambroise Paré et par Daleschamps (3) ; que Jean Wier (4), qui s'occupe des maladies des femmes, donne deux observations d'imperforation de l'hymen, et raconte incidemment l'histoire du Hongrois, châtreur de porcs, qui, voulant mettre un terme à la fécondité de sa fille, lui fit une double opération d'ovariotomie, suivie de succès ; que Christophe

(1) Forestus, *Observationum,* libri 28. Francofurti, 1602.
(2) Franco, *Traité des hernies.* Lyon, 1561, p. 236.
(3) Dalcschamps Jacques, *Chirurgie françoise.* Lyon 1570.
(4) Jean de Wier, *De curatione meatuum naturalium clausorum et quibusdam aliis,* 1557, in-12. Le même, Basileæ, 1567, in-4.

de Véga (1), publie en 1576, à Salamanque, un *Traité des maladies de l'utérus*, où il ne parle point du spéculum ; que Jean Gonthier d'Andernach (1574) (2) décrit avec détail les *ulcères* et les *inflammations de l'utérus*, ainsi que les injections et les pessaires à employer dans le traitement de ces affections ; que Jean André de la Croix (1580) (3), au sujet d'un spéculum qu'il indique, donne quelques détails sur les maladies des femmes ; enfin qu'Albertinus Botton (4), en Italie, écrit un ouvrage spécial sur cette matière, etc., etc.

Comme vous le voyez, Messieurs, l'étude des maladies des femmes, trop longtemps négligée, était reprise avec ardeur par les médecins qui, loin d'éviter, comme leurs prédécesseurs, les occasions d'augmenter la somme de leurs connaissances, recherchaient ces occasions avec une avide curiosité. Il est donc tout naturel de penser que, à cette époque de galanterie qui caractérisa le siècle des Médicis et de François Ier, les femmes, répudiant cette pruderie sauvage dans laquelle elles s'étaient renfermées autrefois, allaient consentir, avec la plus grande facilité, à toutes les explorations et à toutes les recherches qui pouvaient avoir pour objet les soins à donner à leur santé. Il n'en fut rien, cependant, et cela par

(1) Christophe de Véga, *Opera*, Edente L. Serrano. Lugduni, 1576, in-fol.

(2) J. Guinterie Andernacé (Jean Gonthier), *Gynæciorum commentarius de gravidarum, parturientium, puerperarum et infantum cura.* Argentorati, 1606, in-8.

(3) André de la Croix, *Chirurgia officinalis*, 1596.

(4) Albertini Bottini nobilis Patavini, philosophi ac Medici, *Theoricam ordinariam in Academia Patavina interpretantis. De morbis muliebribus libri tres*. Secunda editio. Venetiis, apud Paulum Meietum Bibliopolam Patavinum, 1858, in-4°.

suite d'une circonstance toute particulière qui força les femmes à rentrer brusquement dans la réserve d'où les mœurs de l'époque devaient tendre à les faire sortir, et qui les y confina plus étroitement que jamais. Cette circonstance, c'est la dissémination de la syphilis qui, si elle ne fit pas son apparition en Europe après le retour des compagnons de Christophe Colomb, ainsi qu'on l'a trop généralement cru, se répandit du moins vers la fin du quinzième siècle, de 1492 à 1498, avec une telle intensité, qu'elle prit alors un caractère véritablement épidémique. Chacun était effrayé de cette maladie redoutable qui sévissait partout, et nul n'ignorait par quelles voies elle se communique le plus habituellement. Il n'en fallut pas davantage pour que le public, — éclairé comme il l'est encore aujourd'hui, — s'empressât de confondre avec la vérole toutes les maladies qui peuvent affecter les organes génitaux. Il en résulta tout naturellement que les femmes, peu habituées déjà aux explorations pratiquées du côté de ces organes, se refusèrent d'autant plus énergiquement à de semblables explorations que, à cette époque de galanterie facile, elles n'étaient peut-être pas assez sûres d'avoir fait tout ce qu'il fallait pour éviter un contact compromettant. D'où cette particularité, bizarre en apparence, et cependant suffisamment expliquée, que l'invasion d'une maladie qui, par sa nature et par son siége, devait faciliter l'étude des maladies des femmes, contribua cependant à arrêter le mouvement en avant, qui s'était manifesté sous la seule influence de l'esprit scientifique qui animait toute cette époque de civilisation et de progrès.

Le temps d'arrêt fut long, et le seizième siècle, malgré les nombreux travaux que je vous ai signalés, s'écoula tout entier sans apporter de progrès bien importants aux études qui nous occupent. Les connaissances anatomiques furent les seules qui fructifièrent véritablement à cette époque ; mais, pour les raisons que je viens de vous dire, la pratique et la clinique reculèrent plutôt qu'elles n'avancèrent.

Vous en trouverez la preuve dans les Œuvres de Lovyse Bovrgeois, dite Bovrcier (1), sage-femme de la reine Marie de Médicis, femme de Henri IV. Elle donne le *récit véritable de la naissance de messeigneurs et dames des enfants de France*, *avec les particularitez qui y ont esté et pouvoient estre remarquées* (2). A cette narration, elle a ajouté celle des *observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, fœcondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux-naix, amplement traictées et heureusement practiquées* par elle. Nous y trouvons, à côté de la série inévitable des recettes et secrets pour traiter les diverses maladies des femmes, un recueil de faits assez curieux qui dénotent l'étendue de la pratique de cette sage-femme, tout en nous permettant d'apprécier la solidité de ses connaissances, qui, je dois bien le dire, laissaient fort à désirer. Elle en convient du reste elle-même, puisque, dans un chapitre intitulé : « *De la nécessité qu'une*

(1) Paris, chez Henry Ruffin, 1652.

(2) Louise Bourgeois, *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux-naiz*. Paris, 1642, in-12. — *Recueil de secrets*. Paris, 1635.

sage-femme voye l'anatomie de la matrice, » elle supplie MM. les docteurs en médecine de permettre aux sages-femmes d'assister à des démonstrations anatomiques, aux frais desquelles elle offre de contribuer pour sa quote-part. Ce qui ne l'empêche pas de traiter en moins de vingt pages : *Des maladies de la matrice, et par combien de sortes elles travaillent le sexe féminin et des remèdes ;* et encore la majeure partie des espèces morbides dont elle s'occupe, sous les noms de *suffocacion de matrice,* d'*estouffements,* de *faiblesses,* de *syncopes,* de *palpitations de cœur,* de *battements des artères du ventre,* se rapporte-t-elle à peu près exclusivement à l'hystérie. Elle en explique le mécanisme de la façon assez singulière que voici :

« *La ratte voisine de la matrice et siége du sang mélancolique, enflée et surchargée de telle humeur, presse la matrice, qui est une partie qui veut bien presser, mais elle ne veut pas être pressée, et, partant, elle se dépite et fait tout ainsi qu'un glorieux fait à la presse, car en s'eslevant elle donne des suffocations estranges et l'estomach en étant pressé remonte pressant le poulmon, la gorge enfle et mesme tout le visage et les yeux.* »

Ce n'est pas tout à fait la doctrine d'Hippocrate sur les migrations de la matrice, mais, comme vous le voyez, cela s'en rapproche singulièrement et vous ne serez pas étonnés de la bizarrerie de cette description quand vous saurez que, cinquante ans à peine auparavant, Fernel, en 1554, écrivait qu'ayant sa main appuyée sur l'abdomen, pendant une attaque d'hystérie, il avait senti la matrice se déplacer sous ses

doigts et remonter de bas en haut à travers la masse intestinale (1).

Quant à la *callosité* et au *schirre de la matrice*, la description qu'en donne Louise Bourgeois n'est pas moins fantastique que la précédente. « *La callosité, de matrice prouient, dit-elle, d'vne humeur froide qui tombe dessus, et peu à peu l'endurcit et empesche ses actions, comme de s'ouurir et fermer, empesche aussi que, s'il y a quelque vapeur qu'elle ne s exhale, et ne permet que le gros sang en puisse sortir, la rendant toute imbécille.* »

Ces échantillons vous permettent de juger ce que devait être la pratique de cette sage-femme qui soignait la cour et la ville. Je pourrais ajouter, pour vous montrer jusqu'où allait sa crédulité, qu'elle dit avoir vu l'enfant pétrifié, dont l'observation a été donnée par un médecin du pays Senonais, et qu'afin sans doute de dépasser dans l'histoire du merveilleux A. Paré, qui a donné le dessin d'un enfant *qui avoit un serpent vif à son dos, qui le rongeoit*, elle écrit l'histoire d'une femme nourrice, au sein de laquelle s'était attaché un serpent qui y resta fixé *dix mois durant*, pendant lesquels il ne put être détaché, absorbant à lui seul tout son lait et grossissant outre me-

(1) « Galeni motus authoritate nonnunquam putavi uterum nihil aut perexiguum è suâ sede dimoveri : at œgrotarum mulierum modò quærimonia modo precibus adductus, hunc sœpe actu deprehendi instar globi cujusdam in ventriculum efferri, cumque graviter opprimere. Hinc et sœpe manu depressus est, manifestoque in propriam sedem propulsus. » (Joannis Fernellii, *Universa medicina, editio emendatissima.* Excudebat Petrus Aubertus, 1627, p. 591.) — Voyez aussi *Pathologie*, traduction finie d'imprimer le 23 juin 1646.

sure sous l'influence favorable de cette alimentation à jet continu.

Vous comprenez que, entre de telles mains, la science ne pouvait pas faire d'immenses progrès; mais, heureusement, le temps était proche où la routine devait être abandonnée, et, vers la fin de ce même dix-septième siècle, dont le commencement laisse tant à désirer, nous voyons les hommes prendre peu à peu, dans la pratique des accouchements, la place qui jusqu'alors avait été exclusivement réservée aux femmes, et préparer ainsi la réforme qui, dans notre science, marque l'ère de la Renaissance à une date de beaucoup postérieure à celle de la Renaissance véritable des arts, des lettres et des autres sciences.

Le premier des accoucheurs dont les travaux doivent être signalés est Jacques Guillemeau (1), car il convient de ne citer que pour mémoire Rhodion ou Eucharis Rœsslin (2), qui décrit tout un arsenal d'instruments d'obstétrique plus effrayants les uns que les autres. Plus tard, Guillemeau (1643), Saint-Germain (1650), Mauriceau (1668 à 1712) (3), Paul de Sorbait (1680) (4); puis, au dix-huitième siècle, Dela-

(1) Guillemeau, *Traité de la génération de l'homme*, recueilli des Leçons de M. Courtin. — *L'heureux accouchement des femmes*. Paris, 1609. — *De la grossesse et accouchement des femmes, du gouvernement d'icelles, et moyen de survenir aux accidents qui leur arrivent*. — *Ensemble de la nourriture des enfants*. Paris, 1643. — *Œuvres de chirurgie*. Paris, 1598, et Rouen, 1649.

(2) Rosselin, *Le jardin des femmes en couches et des sages-femmes*. Augsbourg, 1551.

(3) Mauriceau, *Observations sur la grossesse*. Paris, 1695. — *Dernières observations sur les maladies des femmes*. Paris, 1706. — *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont à accoucher*. 1712.

(4) Paul de Sorbait, médecin de l'impératrice Éléonore de Gonza-

mothe (1), Deventer (2), Mesnard (3), Verduc (4), Levret (5), Sue (6), s'occupèrent utilement des maladies des femmes, en même temps que des accouchements.

Les recherches et les travaux de ces savants accoucheurs furent singulièrement favorisés par les découvertes des anatomistes et des physiologistes, dont l'attention s'était, à la même époque, concentrée d'une façon toute spéciale sur l'étude des organes de la génération.

Au premier rang des anatomistes qui contribuèrent le plus à faire connaître la structure intime des organes génitaux de la femme, je dois citer Fallope (7), qui indiqua l'analogie de texture existant entre le clitoris et le gland, et qui donna une bonne description, tant des trompes qui portent son nom, que des ovaires et de l'hymen. En ce qui concerne l'hymen, il rectifia une opinion erronée de Vésale (8), qui considérait cette membrane comme étant de nature musculeuse, et existant seulement à l'état d'anomalie ou d'exception, opinion partagée par Ambroise Paré (9), lequel dit ne pas l'avoir rencontrée plus de deux fois.

gue, *De morbis mulierum et puerorum.* Viennæ, 1678. — *Traité des accouchements* (en allemand), 1680, in-8.

(1) Delamothe, *Traité com plet des accouchements.* Paris, 1721.

(2) H. Deventer, *Operationum chirurgicarum novum lumen exhibentium obstetricantibus.* Lugduni Batavorum, 1733.

(3) Mesnard, *Le guide des accoucheurs*, 1743.

(4) Verduc, *Pathologie de chirurgie*, 1727.

(5) Levret, *L'art des accouchements*, 1766.

(6) Sue, *Art des accouchements*, 1797.

(7) Fallopii, *Opera omnia.* Francofurti, Édit. André Wechel, in-fol. 1584.

(8) Vesalius, *Opera omnia anatomica et chirurgica*, cura, H. Boerhaave et B.-S. Albini. Lugd. Bat., 1725, 2 vol. in-fol.

(9) A. Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840.

Vésale avait également entrevu la nature musculeuse du tissu utérin, qui fut plus tard parfaitement établie par Malpighi (1686) (1), et surtout par Morgagni (2).

Gabriel Zerbi (3) décrit le ligament rond, et François Plazzoni (4) le ligament de l'ovaire, qu'il montre ne pas être creusé d'un canal, ainsi qu'on le supposait avant lui.

Déjà Harvey (5) avait émis cet aphorisme fameux : *Omne animal ex ovo,* et l'attention était dirigée vers l'étude de cet œuf des mammifères, qu'il avait admis d'intuition, mais qu'on n'était pas parvenu à isoler et que bien des savants se refusaient à accepter, lorsque trois médecins hollandais , Jean de Horne, (6) Regnier de Graaf et Jean Swammerdam (7) entreprirent presque simultanément des recherches sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux des deux sexes, s'efforçant de déterminer non-seulement la structure, mais aussi et surtout les fonctions physiologiques de chacun de ces organes. Ces trois savants arrivèrent à des résultats extrêmement intéressants, dont ils se disputèrent assez acrimonieusement le mérite de la

(1) Malpighi, *De ovo incubato*, 1686.

(2) Morgagni, *Epistolæ anatomicæ*, Lugd. Bat., 1728, in-4. — *Adversaria anatomica omnia*, Lugd. Bat., 1741.

(3) Zerbi, *Anatomiæ corporis humani et singulorum illius membrorum liber.* Venise, 1502, in-fol.

(4) Plazzoni, *De partibus generationi inservientibus libri duo.* Padoue, 1621.

(5) Harvey, *Exercitationes de generatione animalium*, Hagæ Comitum, 1680, in-18. — *Opera, sivè exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus et de generatione animalium.* Lugd. Bat., 1737, in-4.

(6) Jean van Hoorne, *Exercitationes anatomicæ I et II ad observationes fallopii anatomicas et earumdem examen.* Leidæ, 1649, in-4.

(7) Swammerdam, *Miraculum naturæ, sivè uteri muliebris fabrica.* Lugd. Bat., 1672, in-4.

priorité. C'est à Regnier de Graaf que la postérité a fait la part la plus large, malgré les revendications soulevées par Swammerdam, tant pour son compte que pour celui de son maître de Horne. Originaire de Schoonhaven, où il naquit en 1641, de Graaf vint compléter ses études médicales en France, où, suivant les auteurs de la *Biographie médicale,* il prit en 1665 le grade de docteur à l'École d'Angers. Il mourut prématurément en 1773, deux ans seulement après avoir commencé la publication de ses recherches sur les fonctions de l'ovaire ; et nous verrons son œuvre être reprise deux siècles plus tard et perfectionnée dans ce qu'elle avait d'incomplet par un professeur de cette même École d'Angers, qui doit être fière de pouvoir inscrire le nom de de Graaf à côté de celui de Négrier.

Régnier de Graaf s'occupa d'abord des organes génitaux de l'homme, et c'est seulement après avoir décrit la structure de l'épididyme, du testicule, de la prostate et des vésicules séminales (1) qu'il entreprit l'ouvrage dans lequel il exposa la structure et les fonctions des organes génitaux du sexe féminin (2). C'est lui qui eut l'honneur de supprimer la dénomination de *testicules de la femme* pour la remplacer par celle d'*ovaires,* et de donner son nom à la vésicule qui n'est pas l'ovule, comme il le croyait, mais qui le renferme quand il est arrivé à maturité. Enfin, il fit connaître les changements que les ovaires éprou-

(1) De Graaf, *De virorum organis generationi inservientibus* (1668).

(2) Idem, *De mulierum organis generationi inservientibus tractatus novus, demonstrans tam homines et animalia cætera omnia quæ vivipara dicuntur haud minus quam ovipara, ab ovo originem ducere.* Lugduni Batavorum, 1672.

vent après la conception, pendant que se forment les corps jaunes.

Ses idées ne furent pas admises sans contestation, et Mauriceau (1), par exemple, n'hésite pas à dire que c'est uniquement pour se singulariser que van Horne, Kerckring (2), de Graaf et Swammerdam ont eu l'outrecuidance de prétendre que « *les femmes ont des œufs aussi bien que les animaux volatiles, et que l'enfant en est engendré de la même façon que l'est un poulet de l'œuf dont il est formé.* »

Barbatus, qui était aussi du nombre des contradicteurs, émit l'avis que ces œufs pouvaient bien n'être que de simples hydatides ; mais il fut réfuté par Gaspard Bartholin (3) (1677), et sa doctrine, qui fut reprise ensuite par Sbraglia (1710), n'eut aucun succès.

Une opposition plus sérieuse fut faite par Hartmann (4), qui constata la déhiscence de l'ovule ; mais il fut avantageusement combattu d'abord par Nigrisoli (de Ferrare) (5), qui dit avoir vu les œufs de de Graaf se former avant la puberté ; puis par Morgagni, qui parvient à isoler les ovules proprement dits des œufs de de Graaf ; enfin, par Santorini (6) (1705), qui apporta un des plus fermes appuis à la doctrine en mon-

(1) Mauriceau, *Maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Paris, 1740, 2 vol. in-4.

(2) Th. Kerckring, *Anthropogeniæ ichonographia, sivè conformatio fœtus ab ovo usque ad ossificationis principia*. Amsteledami, 1671.

(3) Gaspard Bartholin, *Specimen historiæ anatomicæ partium corporis humani*. Amsterdam, 1701.

(4) Hartmann, *De originibus anatomicis peritia que veterum anatomica*. Thèses de Kœnigsberg, 1684-1693.

(5) Nigrisoli, *Considerazioni intorno alla generazione de viventi et particolarmente de mostri*. Ferrare, 1712.

(6) Santorini, *Observationes anatomicæ*. Venetiis, 1724.

trant que, au moment de la déhiscence de l'ovule, la membrane qui enveloppe l'ovaire se déchire pour laisser passer l'œuf.

Dès lors, la théorie est parfaitement établie, malgré la diversion que tentent d'opérer Guillaume des Noues, en 1681, et Naboth, en 1705, en donnant improprement le nom d'œufs aux kystes résultant de l'oblitération des follicules mucipares de la membrane interne du col utérin, dont Ruysch (1) a, du reste, parfaitement indiqué le mode de formation. Il est juste d'ajouter que, à cette époque, la nouvelle doctrine de l'ovulation ne pouvait plus être sérieusement contestée depuis la découverte des spermatozoaires, faite en 1677 par un étudiant, Louis de Hammem, travaillant sous la direction de Leuwenhoeck, qui avait eu l'idée d'appliquer le microscope à l'étude de la composition intime des tissus, et surtout des liquides de l'économie. En suivant l'animalcule spermatique dans toutes ses migrations à travers les organes génitaux de la femme, on avait pu, enfin, se rendre compte du mécanisme de la conception et faire la part qui revient à l'ovaire dans cet acte essentiel de la vie de la femme.

Pendant que les connaissances anatomiques et physiologiques vont se perfectionnant de jour en jour; pendant que se constitue l'anatomie pathologique, à laquelle Morgagni donne, dès le commencement du XVIII[e] siècle, un si rapide essor, nous sommes forcé de constater que la pathologie des organes génitaux de la femme est restée longtemps encore stationnaire.

(1) Ruysch, *Observationum anatomico-chirurgicorum centuria*. Amstelodami, 1691. — *Epistolæ anatomicæ*, Amstelodami, 1696.

Cela me paraît dépendre surtout de ce qu'on n'a pas suffisamment appris à établir la corrélation qui existe entre les lésions nécroscopiques et les symptômes observés pendant la vie de la malade. — Il en était ainsi au moins du temps de Sydenham, puisque le savant médecin anglais, trouvant les ovaires altérés sur des cadavres de femmes qui avaient eu des attaques d'hystérie, en conclut, non pas que la crise hystérique peut être le symptôme d'une maladie de l'ovaire, mais bien que l'ovaire s'est altéré sous l'influence des crises hystériques. Je cite textuellement ce passage :

§ 759. « *Il faut avouer cependant que le désordre des esprits, qui est la seule cause de la maladie, occasionne un amas d'humeurs corrompues, d'autant plus que les fonctions des parties, tant de celles qui sont distendues par la violente impulsion des esprits, que de celles qui en sont privés, ne sauraient manquer d'être extrêmement lésées ; et, comme la plupart de ces parties sont des espèces d'organes sécrétoires destinés à recevoir les excréments du sang, si leurs fonctions viennent une fois à être endommagées, de quelque manière que ce soit, il s'y accumulera nécessairement une grande quantité d'humeurs impures, lesquelles auraient été évacuées, et par conséquent toute la masse du sang aurait été plus pure, si tous les organes s'étaient acquittés de leurs fonctions. Or, ils s'en seraient acquittés, si une distribution égale des esprits les eût entretenus dans la force qui leur est nécessaire.*

« *C'est à cette cause, je veux dire à des humeurs corrompues, accumulées dans le sang et déposées*

ensuite sur les différents organes, que j'affirme les cachexies considérables, la perte d'appétit, les pâles couleurs des jeunes filles (maladie que je regarde comme une sorte de vapeur), et tous les autres maux dont sont affligées les femmes qui ont longtemps souffert d'affections hystériques.

« *L'hydropisie des ovaires provient de la même cause, dans les femmes qui sont depuis longtemps vaporeuses ; car les sucs dépravés, qui, de la masse du sang, se déposent sur les ovaires, dérangeant leurs fonctions et détruisant leur économie, rendent d'abord les femmes stériles, et ensuite donnent lieu à la formation d'une sérosité sanieuse qui, s'épanchant entre les tuniques des ovaires, les tuméfie extrêmement, comme on voit en ouvrant les cadavres des femmes qui sont mortes de cette maladie* (1). »

Toute fantastique que cette explication nous paraisse aujourd'hui, elle ne l'est cependant pas davantage que celle qui, en présence de l'emphysème pulmonaire et des lésions cardiaques qui se rencontrent chez les asthmatiques, consiste à regarder l'accès d'asthme comme la cause plutôt que comme la conséquence de ces altérations matérielles.

Parmi les faits importants de la pratique médicale relative aux maladies utérines qui se sont produits à l'époque dont nous nous occupons, je ne dois pas omettre de vous signaler les applications de sangsues sur le col de l'utérus, qui, d'abord indiquées en 1575

(1) Sydenham, *Dissertatio epistolaris ad Guillelmum Cole, M. D. De observationibus nuperis circa curationem variolarum confluentum nec non de affectione hystericâ.* Traduction de Baumes, en deux volumes, 1816, 5-759.

par Zacutus Lusitanus (1), furent ensuite reprises, en 1665, par Jérôme Nigrisoli (de Ferrare) (2). — A la même époque, Scultet (3), en 1660, décrivait les instruments qu'il employait pour la cautérisation de l'utérus et dans ces instruments comprenait un spéculum à deux valves, sur la description duquel je reviendrai plus tard, ainsi que sur celle du spéculum de Franco.

En même temps que les anatomistes et les physiologistes dirigaient leurs investigations vers l'ovaire et s'efforçaient de résoudre le problème si compliqué de la génération dans son acte le plus mystérieux, celui de la fécondation, les pathologistes marchaient, sans s'en douter, dans la même voie, en s'occupant d'une façon toute spéciale de la menstruation et de ses troubles morbides. Ils auraient dû se rencontrer, et, s'ils ne l'ont pas fait, c'est que ni les uns ni les autres ne connaissaient le lien intime qui réunit ces deux fonctions : menstruation et fécondation ; lien qu'il a été donné à notre époque de découvrir, et qui nous permet de comprendre, en les rapportant à l'ovaire, bien des phénomènes morbides que nos prédécesseurs ne pouvaient s'expliquer, parce qu'ils en cherchaient la cause partout ailleurs que dans cet organe. Cela suffit pour que leurs travaux nous paraissent aujourd'hui à peu près complétement dénués d'intérêt. Cependant, ces travaux furent nombreux et importants pour l'époque à laquelle ils furent écrits, et je ne puis m'em-

(1) Zacutus Lusitanus, *Praxis historiarum*. Amsterdam. 1641.

(2) Nigrisoli, *Progymnasmata in quibus novum præsedium medicum, appositio scilicet hirudinum internæ partis utere in puerperis ac mensium suppressione exponitur*. Guastallæ, 1665, in-4.

(3) Scultet, *Armamentarium chirurgicum*. Hagæ Com., 1656. — *L'arsenal de chirurgie*. Lyon, 1675.

pêcher de signaler à votre attention ceux de François Bayle (1) (1669), de Natharel Sprye (1685), de Gautier Charleton (2) (1685), de Freind (3) (1703), de Santorini (4) (1705), de Frenard (de Liége) (1712), de Letellier (de Paris) (1730), de Stahl (5), qui publia en 1724 un livre en allemand sur les maladies des femmes, et fit soutenir plusieurs thèses sur cette question de la menstruation, qui était alors tout à fait à l'ordre du jour.

Trois ouvrages importants furent publiés sur les maladies des femmes à la fin du XVIIIe siècle : celui d'Astruc (6) (1761 à 1765), celui de Chambon de Monvaux (7) (1784), et enfin celui de Vigarous (8), que je comprends dans cette période, quoiqu'il porte le millésime de 1801.

Celui d'Astruc est certainement le plus complet et celui qui résume le mieux l'état de la science au moment où il a été écrit. On a fait à cet auteur, et il le mérite, le reproche de trop se complaire dans des explications théoriques dont le moindre inconvénient

(1) Fr. Bayle, *Opera omnia*, Tolosæ, 1701.

(2) Charleton, *Inquisitiones medico-physicæ de causis catameniorum sive fluxus menstrui*. Londini, 1685.

(3) Freind, *Emmenologia, in qua fluxus muliebris menstrui phænomene, periodi, vitia*. Oxonii, 1703, in-4. — Trad. franç., par Devaux. Paris, 1730, in-12.

(4) Santorini, *Opuscula medica de motu fibræ, de nutritione animali, de catameniis*. Venetiis, 1715.

(5) G. E. Stahl, *Abhandlung der Krankeiten des Frauenzimmers*. Leipzig, 1724. — Stahl, *Dissertationes medicæ*. Halde, 1707-1712, in-4.

(6) Astruc, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1761, 6 vol. in-12.

(7) Chambon, *Traité des maladies des femmes, des filles et des enfants*. Paris, an VII, 10 vol. in-8.

(8) Vigarous, *Cours élémentaire des maladies des femmes*. Paris, 1801, 2 vol. in-8.

est de fatiguer le lecteur et de détourner son attention des choses véritablement utiles qui se rencontrent dans le livre. Quoi qu'il en soit de ces imperfections, dont nous devons tenir compte, je trouve dans l'ouvrage d'Astruc et dans celui de Vigarous bien des renseignements précieux qui me montrent dans quelle voie fructueuse était alors entrée l'étude des maladies des femmes, et quels progrès rapides on pouvait s'attendre à voir réaliser si des circonstances que je vous dirai bientôt n'avaient pas brusquement détourné de cette voie féconde.

Mais, avant d'insister sur ce point, je dois vous mettre en garde contre l'impression fâcheuse qui pourrait résulter pour vous d'une trop grande conformité entre les appréciations que je vais vous donner des ouvrages français écrits depuis Astruc jusqu'à Valleix inclusivement, et celles qui se retrouvent dans l'historique d'un Traité des maladies des femmes publié en 1859. Elle s'explique tout naturellement par ce fait que toute cette partie du livre d'un de mes anciens chefs de service a été écrite en entier de ma main, et, si je la revendique aujourd'hui, c'est uniquement parce que nombre de passages de cette étude historique ayant été reproduits, presque textuellement, par des auteurs plus modernes qui n'ont pas indiqué à quelle source ils avaient puisé, je ne voudrais pas être accusé par eux de plagiat, quand, en définitive, je me borne à reprendre ce qui m'appartient.

Astruc divise toutes les maladies des femmes en deux groupes principaux : 1° celles qui sont causées par les règles ; 2° celles qui dépendent de l'état de la

matrice. Il conseille le cathétérisme pour vider l'utérus dans le cas d'hydropisie de cet organe, et il pratique le toucher avec une supériorité vraiment remarquable. — Laissez-moi vous citer un passage de son diagnostic du squirrhe, où vous verrez qu'il savait parfaitement combiner le toucher vaginal avec le palper hypogastrique, d'après la méthode remise plus tard en honneur par Velpeau : « *Il est quelquefois* » *nécessaire, pour un plus grand éclaircissement,* » *de porter le doigt jusqu'à la matrice par le vagin* » *pour en reconnaître l'état ; il est même nécessaire,* » *quand le squirrhe est petit, de repousser la ma-* » *trice en haut, contre la main qu'on tient appliquée* » *sur l'hypogastre.* »

Sa théorie de la menstruation est aussi défectueuse que possible ; mais il n'en est pas de même de celle de la génération, à propos de laquelle il a pu mettre à profit les travaux de Leuvenhoeck sur les spermatozoaires, ceux de Ruysch et de de Graaf sur l'ovaire, ce qui lui permet d'insister avec autorité sur le rôle de l'ovule dans la conception, et sur la nécessité de l'intégrité de l'ovaire pour que la fécondation puisse s'opérer.

Des indications relatives au toucher et au cathétérisme utérin sont également données par Chambon, qui traite successivement dans son livre : 1° des *maladies de la grossesse ;* 2° des *maladies aiguës des femmes en couches ;* 3° des *maladies chroniques des femmes à la suite des couches ;* 4° des *maladies des femmes à la cessation des règles.*

Vigarous fait une véritable révolution dans cette partie de la science, en démontrant que la totalité, ou

du moins le plus grand nombre des maladies spéciales au sexe féminin, sont sous la dépendance de l'appareil génital, et principalement de l'utérus, et que beaucoup de ces maladies peuvent, contrairement à l'opinion généralement admise avant lui, se rencontrer aussi bien chez les filles vierges que chez celles qui ne le sont plus, ou chez les femmes ayant eu des enfants. C'est pourquoi il divise toutes les maladies des femmes en quatre ordres principaux, dans lesquels il établit plusieurs subdivisions secondaires.

Dans son premier ordre, il étudie les maladies qui dépendent d'une lésion de la matrice, considérée comme organe excréteur ou comme émonctoire naturel. Cette étude se subdivise en deux sections, consacrées : la première, aux troubles de la menstruation et aux écoulements morbides ; la deuxième, aux maladies susceptibles de *modifier la substance* même de la matrice, telle que l'*inflammation,* l'*érysipèle,* le *skirre,* le *cancer,* les *ulcères,* les *polypes,* etc.

Dans le deuxième ordre, il s'occupe des lésions de la matrice, considérée comme organe vital, et les troubles nerveux ou *hystériques* occupent la plus large place dans sa description.

Le troisième ordre est consacré aux lésions de la matrice, envisagée, abstraction faite de ses usages ou de ses fonctions, comme viscère du bas-ventre. — Il s'agit ici des *déplacements,* mais non de ceux que l'on a étudiés de notre temps, sous le nom de *déviations de l'utérus*, car il est question seulement des *chutes, prolapsus, relâchement* des ligaments et de la *hernie* de l'utérus.

Enfin, dans le quatrième ordre, l'utérus est considéré comme organe de la génération, et cet ordre se subdivise en quatre sections, comprenant : 1° la conception ; 2° la grossesse ; 3° l'accouchement ; 4° la période de la lactation.

On le voit, cette classification laisse bien peu à désirer, et même actuellement, on pourrait s'en contenter et ranger tout ce qui se rapporte à l'étude des maladies des femmes sous les têtes de chapitres que je viens d'indiquer, à la condition pourtant de donner à l'ovaire la prééminence que Vigarous donne à l'utérus. — Ce n'est pas, du reste, qu'il ait négligé cet organe ; car il parle de ses kystes, et conseille résolûment l'opération de l'ovariotomie.

IV. — PÉRIODE CONTEMPORAINE.

Les médecins du XVIII[e] siècle avaient, ainsi que nous venons de le constater, Messieurs, réalisé d'immenses progrès dans l'étude des maladies des femmes.

Ces progrès, ils les devaient, tant à des notions assez exactes sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux, qu'à l'emploi des méthodes d'exploration dont ils faisaient usage pour se rendre compte des altérations matérielles survenues dans ceux de ces organes qui sont le plus profondément situés. Au premier rang de ces moyens d'exploration, ils mettaient, et avec juste raison, le toucher, dont ils avaient eu l'heureuse inspiration d'augmenter l'étendue et la finesse en le combinant avec le palper hypogastrique.

Ils avaient bien aussi des moyens d'explorer directement, par la vue, la cavité du vagin et la surface inférieure du museau de tanche ; mais ces moyens, ils les reléguaient sur le second plan, soit qu'ils les considérassent comme devant conduire à des résultats moins certains que le toucher, soit que les instruments dont ils pouvaient faire usage fussent assez imparfaits pour ne leur donner que des notions fort infidèles. Aussi, voyons-nous Astruc nous dire que, à la rigueur, « *on pourrait se servir du spéculum utérin* » *ou de quelque autre dilatatoire plus simple pour* » *pouvoir, à la faveur de la dilatation du vagin, ju-* » *ger à l'œil de ce que le doigt n'aurait pu distin-* » *guer ;* » et Vigarous, allant plus loin, affirmer que l'imperforation de l'orifice de la matrice étant une altération qui « *n'avait pas pu être constatée d'une ma-* » *nière sûre, l'art de guérir ne s'était pas encore* » *avisé d'y porter remède.* »

Il fallait donc, pour que la vue pût pénétrer librement, à travers le vagin, jusque sur l'orifice inférieur du col de l'utérus, que l'on inventât un dilatatoire plus simple et d'une application plus facile que tous ceux dont on avait fait usage jusqu'à ce jour. Car leur emploi dans la pratique présentait des difficultés telles que bien peu de médecins osaient se permettre d'y avoir recours, comme le prouve cet autre passage de Vigarous : « *On peut s'assurer du déplacement* » *de l'orifice de la matrice au moyen d'un instrument* » *qu'on appelle* speculum uteri ; *mais il est rare que* » *les femmes veuillent se soumettre à ces sortes* » *d'examens.* »

C'est ce que fit Récamier, et sa découverte, qui

date du commencement du xixe siècle, marque certainement au nombre des perfectionnements les plus importants qui aient pu profiter tant à l'étude qu'au traitement des maladies des femmes.

Voici comment se fit cette invention. Désireux de porter directement des pansements méthodiques ou de faire des cautérisations régulières sur des ulcérations situées au fond du vagin — et qu'il avait diagnostiquées, soit par le toucher, soit par la présence des écoulements spéciaux qui en provenaient — Récamier eut l'idée d'introduire dans le vagin un cylindre de métal qui lui présentât ce double avantage, et de protéger les parois du vagin contre le contact des caustiques employés, et de rendre accessibles à la vue les parties malades qu'il s'agissait de cautériser. Cet instrument, employé par Récamier dans sa clientèle privée depuis l'année 1801, ne fut connu du public qu'à partir de 1818, époque à laquelle il le montra à sa clinique de l'Hôtel-Dieu. Dès lors, il ne tarda pas à devenir d'un emploi journalier entre toutes les mains, grâce surtout à l'article que lui consacrèrent Mérat et Patissier (1), et aux nombreux perfectionnements que lui firent subir des praticiens distingués dont le nom ne devra pas être séparé de celui de Récamier lorsque je vous parlerai plus spécialement du spéculum et de son emploi.

Je ne veux pas décrier devant vous, Messieurs, ce puissant moyen de diagnostic et de traitement que Récamier a mis aux mains des médecins et dont vous

(1) Mérat et Patissier, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXXI, et t. LII, art. MATRICE et SPÉCULUM. — Voyez aussi Récamier, *Recherches sur le traitement du cancer*. 1829, 2 vol.

me voyez faire un usage quotidien, et cependant la vérité m'oblige à vous dire que la vulgarisation du spéculum a été peut-être plus nuisible qu'utile aux progrès de la pathologie des organes génitaux internes de la femme.

Cette assertion, qui peut paraître paradoxale, trouve son explication toute naturelle dans ce fait que les médecins, heureux de voir enfin la matrice qui, jusqu'alors, avait à peu près complétement échappé à leurs regards, se sont imaginé qu'il leur suffirait désormais d'examiner avec soin cette partie de l'organe, devenue accessible à la vue, pour se rendre un compte exact de toutes les maladies qui pourraient atteindre l'utérus tout entier.

Concentrant ainsi toute leur attention sur cette infime partie du système génital interne à laquelle on a donné le nom de *museau de tanche*, ils parurent oublier que, au-dessus de ce segment inférieur du col de l'utérus, se trouvent : d'abord le corps de la matrice, présentant une cavité revêtue d'une muqueuse dont la structure diffère de celle qui tapisse le col; puis, au delà de l'utérus, les ovaires et les trompes, organes dont les maladies, non moins importantes à connaître que celles de la matrice, n'exercent le plus souvent aucune modification sur le museau de tanche, et doivent, par conséquent, rester ignorées de celui qui renonce à tous les autres moyens d'exploration, pour s'en tenir exclusivement à l'examen au spéculum. C'est ce qui eut lieu pendant un certain nombre d'années, et l'impulsion donnée par les médecins de la fin du XVIIIe siècle à l'étude des maladies des ovaires et de tout le système périutérin fut com-

plétement ralentie, jusqu'au moment où la pratique du toucher, un instant négligée, fut remise en honneur par Lisfranc (1), et par Velpeau (2), puis renforcée par les autres méthodes d'exploration qui, depuis quelques années, sont venues si fructueusement agrandir le cercle de nos investigations diagnostiques.

Ce n'est pas à dire pourtant que cette époque fut complétement stérile, tant s'en faut, car elle vit naître de nombreux et importants travaux qui n'auraient jamais pu être entrepris sans le secours du spéculum. Ainsi, dès 1821, Guilbert (3) profita de cet instrument pour appliquer directement des sangsues sur le col de l'utérus, dans les cas d'inflammation de cet organe. Plus tard, Mêlier (4) étudia, en 1832, les écoulements qui proviennent de la cavité du col et les ulcérations qui siégent à son pourtour. Enfin Lisfranc, Ricord (5), Gosselin (6),

(1) Lisfranc, *Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus*, 1834. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, publiées par Pauly sous ce titre : *Maladies de l'utérus, d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc, faites à l'hôpital de la Pitié*. Paris, 1836. — *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, 1842-1843.

(2) Velpeau, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. 1845.

(3) Guilbert, *Considérations pratiques sur certaines affections de l'utérus, en particulier sur la phlegmasie chronique avec engorgement du col de cet organe, et sur les avantages de l'application immédiate des sangsues méthodiquement employées dans cette maladie*. Paris, 1826, in-8, fig.

(4) Mêlier, *Considérations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice, modifications au* speculum uteri (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1833, t. II, p. 330 à 367).

(5) Ricord, *Mémoires sur quelques faits observés à l'hôpital des Vénériens* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1833, tome II, p. 159 à 177). — *De la blennorrhagie chez la femme*. — *Lettres sur la syphilis*. 3e édition. Paris, 1863.

(6) Gosselin, *De la valeur séméiotique des ulcérations du col de la matrice* (*Archives de médecine*, 1843).

madame Boivin et Dugès (1), Jobert (de Lamballe) (2), Chomel (3), Alph. Robert (4), publièrent, sur les altérations du col de l'utérus, d'intéressants mémoires. Tandis que Gibert (5) essayait de détourner l'attention de la lésion locale pour l'attirer tout entière sur l'état général ou diathésique.

Il y eut un moment où l'inflammation et le cancer étaient pour ainsi dire les deux seules maladies de la matrice qui attirassent l'attention, et encore la seconde était-elle considérée comme dépendant de la première (6) ; aussi, toute la thérapeutique était-elle dirigée en conséquence. On faisait des saignées générales ou locales pour arrêter le travail inflammatoire, puis on cherchait à détruire les produits morbides en les attaquant par le fer ou par le feu. Lisfranc amputait le col de l'utérus; Récamier enlevait la matrice tout en-

(1) Mme veuve Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1833, 2 vol. in-8 et atlas in-fol. de 41 pl. col.

(2) Jobert (de Lamballe), *Plaies d'armes à feu et description d'un spéculum à bascule*. Paris, 1833. — *Recherches sur la disposition des nerfs de l'utérus et application de ces connaissances à la physiologie et à la pathologie de ces organes*. Paris, 1841, in-4, avec 4 pl. — *Traité des fistules vésico-vaginales, vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales*. Paris, 1852.

(3) Chomel, *Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des sciences médicales*, 2e édit., 1846, t. XXX, art. Utérus.

(4) Alph. Robert, *Des affections granuleuses, ulcéreuses et carcinomateuses du col de l'utérus*. Paris, 1848, in-8, avec 6 pl.

(5) Gibert, *Remarques pratiques sur les ulcérations du col de la matrice et sur l'abus du spéculum utérin dans le traitement de cette maladie*. — *Mémoire sur l'érosion granulée du col de l'utérus* (*Revue médicale*, 1837).

(6) Leroy, *Professeur d'accouchement à la Faculté de Paris*, dit : « De » toutes les femmes qui périssent du plus redoutable des ulcères, il » n'en est aucune chez qui la prévoyance n'eût pu s'y opposer. » — *De la conservation de la femme. Ouvrage utile à la population*. Paris, 1811.

tière, et Jobert, plus sage, se contentait de la brûler avec le fer rouge (1) ; mais il lui arrivait bien aussi de dépasser quelquefois les limites de la prudence et de la raison.

La confusion entre le cancer et l'inflammation était à peine dissipée, que l'idée vint de désigner sous le nom d'*engorgement* de la matrice certain état mal défini, dans lequel cet organe, ayant augmenté de volume et de poids, ne paraissait cependant pas devoir être considéré comme étant actuellement sous le coup d'une inflammation véritable. Ce qu'il y eut de discussions interminables autour de ce seul mot *engorgement* serait presque impossible à vous raconter, et du reste vous n'en retireriez pas grand profit. Il me suffira de vous dire que, à l'époque où ces discussions furent agitées, la pratique du toucher vaginal et rectal, aidée de la palpation hypogastrique et de la percussion médiate, complétait d'une façon fort avantageuse pour le clinicien les renseignements que, quelques années auparavant, on demandait exclusivement au seul examen par le spéculum. C'est ainsi que l'on acquit des notions exactes sur le poids, le volume, les dimensions respectives des diverses parties de l'utérus, et aussi sur les tumeurs environnantes dont les unes étaient parfaitement séparées de l'organe, tandis que les autres se trouvaient assez intimement unies à ses parois pour ne pas pouvoir être considérées comme s'étant formées en dehors d'elles.

C'est alors qu'à l'idée d'engorgement vint se joindre

(1) Voyez de Laurès, *Quelques considérations sur les altérations et les engorgements du col de la matrice, de leur traitement par la cautérisation au fer rouge*. Thèse de Paris, 1844.

celle de *déplacement*, et que la discussion recommença pour savoir lequel des deux pourrait bien être cause ou effet, du déplacement ou de l'engorgement. Pour Duparcque (1), pour madame Boivin et Dugès, pour Lisfranc, c'est l'engorgement; Lisfranc, dont les leçons faites dans cet hôpital eurent un si grand retentissement, n'a jamais cessé de revendiquer la priorité de l'idée qui consisterait à regarder ces déplacements comme étant sous la dépendance d'un engorgement. D'après son expérience, l'antéversion serait plus commune que la rétroversion, et cela s'expliquerait tout naturellement, selon lui, par la plus grande fréquence de l'engorgement limité à la paroi antérieure, comparativement à celui de la paroi postérieure; mais comment explique-t-il que l'engorgement puisse produire une antéflexion ou une rétroflexion ? Il a cru convenable de garder le silence à cet égard, bien qu'il ait parlé de ces deux formes de déviations utérines.

Pour Améline (2), pour Hervez de Chégoin (3), pour Lacroix (4), pour Baud (5) et surtout pour Velpeau (6), c'est le déplacement qui est la lésion primi-

(1) Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice*. 1re édition. Paris, 1831. — 2e édition, entièrement refondue et très-augmentée, 1839.

(2) Améline, *Essai sur l'antéversion de l'utérus*, 1827.

(3) Hervez de Chégoin, *Quelques déplacements de la matrice, et des pessaires les plus convenables pour y remédier* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. II, p. 319. Paris, 1833). — *Bull. de l'Académie de médecine*, 1854, t. XIX, p. 808.

(4) Lacroix, *De l'antéversion et de la rétroversion*. Paris, 1844.

(5) Baud, *Déviations et engorgements de l'utérus, moyen nouveau pour les guérir*. Paris, 1850.

(6) Velpeau, *Traité complet des accouchements*, 1835. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, publiées par Pajot, 1845. — *Maladies de l'utérus* (*Bull. de l'Acad. de méd.* 1854, t. XIX, p. 352, 861 et 974).

tive et principale, lorsque surtout ce déplacement, au lieu de se faire de haut en bas, ce qui constitue l'abaissement, s'est fait, soit en avant, soit en arrière, en masse ou partiellement, de façon à constituer une des formes des déviations désignées sous le nom de *versions* ou de *flexions de l'utérus*.

Dès 1827, Bazin (1) avait signalé l'importance de ces déplacements, et Améline avait créé les mots de *rétroflexion* et d'*antéflexion*.

Mais ce qui a surtout attiré l'attention des praticiens sur ces altérations, encore peu ou mal connues, c'est le mémoire de M. Hervez de Chégoin. Cet auteur propose, en effet, de s'attaquer directement à la déviation, de la réduire et de la maintenir réduite à l'aide d'un pessaire particulier, dont la saillie repoussera l'organe dans sa direction normale. A l'aide de ce moyen, on pourra, suivant lui, parvenir à faire disparaître tous les accidents, qu'il attribue uniquement à la déviation, en la regardant comme la lésion primitive, celle qui tient tous les autres phénomènes morbides sous sa dépendance immédiate.

Lacroix (2), ayant, dans un concours, à faire une thèse *Sur l'antéversion et la rétroversion de l'utérus*, se croit en quelque sorte autorisé, par les termes mêmes de la question, à ne donner que très-peu de développement à ce qui concerne l'antéflexion et la rétroflexion ; mais il a le tort de pousser plus loin qu'il ne conviendrait cette conclusion, en regardant ces derniers états pathologiques comme beaucoup

(1) Bazin, *Sur la rétroversion de l'utérus*. Thèse, 1827.

(2) Lacroix, *De l'antéversion et de la rétroversion de l'utérus*. Thèse de concours de l'agrégation en chirurgie. Paris, 1844.

moins importants et surtout moins fréquents que les premiers. Son travail n'est pas mûri par l'expérience pratique. On sent très-bien, en le lisant, que l'auteur ne trace pas ses descriptions d'après nature. Presque toutes ses observations, et elles sont nombreuses, sont empruntées à divers ouvrages. D'après les relevés qu'elles lui fournissent, il juge la rétroversion plus fréquente que l'antéversion ; et, pour justifier ce résultat, il invoque, comme causes anatomiques susceptibles de faciliter le déplacement en arrière, des circonstances qui peuvent tout aussi bien agir pour favoriser le mouvement en avant. Il oublie que l'utérus étant le plus habituellement incliné en avant, il lui doit être beaucoup plus facile de tomber tout à fait dans ce sens que dans le sens opposé, et que, par conséquent, l'antéversion doit être beaucoup plus fréquente que la rétroversion, comme cela a, du reste, été noté par tous les auteurs qui ont écrit depuis lui. Ce qui le confirme dans son erreur, c'est qu'il n'a pas songé à cette particularité, pourtant assez importante, que, pour un observateur dont l'attention ne sera pas suffisamment éveillée, un léger degré d'antéversion pourra très-facilement passer inaperçu, à cause de l'inclinaison normale de la matrice en avant. Enfin, il complique sa statistique de faits complétement étrangers à cette déviation, et qui, aujourd'hui mieux connus, s'expliquent par la présence de tumeurs inflammatoires ou sanguines situées au voisinage de l'utérus. On sait, en effet, que ces tumeurs *péri-utérines* sont beaucoup plus habituellement situées à la partie postérieure de la matrice, ce

qui leur avait même valu, dans le principe, la dénomination de tumeurs *rétro-utérines*.

Baud, qui était l'élève de Lisfranc, s'est éloigné des doctrines de son maître relativement à la fréquence et à l'importance de l'engorgement. Il a pensé que l'utérus, en dehors de la gestation, est un organe trop peu important dans l'économie pour pouvoir réagir aussi puissamment qu'on l'a cru sur les autres systèmes. Il jouit d'une vitalité beaucoup trop obscure pour que ses lésions puissent retentir sur tout l'organisme. Loin donc de dominer la scène et de soumettre tous les autres organes à son influence, il doit être bien plutôt apte à se laisser modifier par des lésions de viscères plus ou moins éloignés, et surtout par un état particulier de débilité de l'organisme qui existe si communément chez beaucoup de femmes. Cet état, qui serait, suivant Baud, la lésion primitive, ne tarderait pas à donner naissance à une déviation, laquelle deviendrait, à son tour, la cause occasionnelle de l'engorgement. Ainsi, cet engorgement, déchu du rang de lésion principale, ne serait plus qu'un simple accident, un épiphénomène de troisième ou de quatrième ordre, duquel il y aurait à peine lieu de s'occuper.

De tous les pathologistes, celui qui fit la part la plus infime à cet engorgement, c'est certainement Velpeau, dont l'opinion se trouve résumée dans cette phrase caractéristique que j'extrais de ses *Leçons cliniques* (1). « *J'affirme, dit-il, que la plupart des femmes traitées pour d'autres affections de ma-*

(1) Velpeau, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, recueillies par* Pajot. Paris, 1845.

trice n'ont que des inflexions utérines, et je dis que, dix-huit fois sur vingt, les malades souffrant de la matrice ou de quelque partie de cette région, celles, par exemple, auxquelles on trouve des engorgements, sont affectées de déviation de l'utérus.

« *Pour beaucoup de praticiens, quand il s'agit de maladies de matrice, les engorgements arrivent aussitôt, comme l'affection observée le plus communément. Je suis bien éloigné de partager une pareille opinion :* je considère les engorgements comme rares, comme très-rares ; *il n'en existe que dans une proportion tellement minime, tellement éloignée du nombre des engorgements que l'on croit traiter, que je craindrais de voir se récrier les praticiens les plus sages si je disais mon chiffre.* »

Ces discussions ne furent pas purement spéculatives, et elles se compliquèrent, dès le principe, d'une question fort intéressante de pratique, celle du traitement qui devait différer suivant le point de vue doctrinal auquel on se plaçait. — C'est ainsi qu'aux moyens thérapeutiques dirigés par Lisfranc et ses élèves contre l'engorgement, l'école de Velpeau songea à substituer les moyens mécaniques de redressement dirigés contre les déviations. Les pessaires de M. Hervez de Chégoin ne suffisant pas, Velpeau, timidement d'abord, puis après lui Amussat (1) et Huguier (2), en

(1) Amussat, *Mémoires sur les tumeurs fibreuses de l'utérus*. Paris, 1843. — *Sur la rétroversion de la matrice dans la grossesse*.

(2) Huguier, *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*. Paris, 1865, in-8 avec 4 pl. — *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous les noms de descente, de précipitation, etc.* Paris, 1860, in-4 avec 13 pl. — *Mém. sur l'esthiomène de la vulve*. Paris, 1849, in-4, avec 4 pl. — *Mém. sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux de la femme*.

France; enfin, Simpson (1), dont la pratique fut introduite en France et perfectionnée par Valleix (2), s'occupèrent sérieusement à redresser les utérus placés en état de déviation, qu'ils fussent fléchis sur eux-mêmes ou simplement renversés. — Ce traitement, purement mécanique, compta de nombreux succès, que quelques revers, trop amèrement reprochés à Valleix, n'auraient pas dû faire oublier.

Je ne veux pas en ce moment agiter cette grave question du traitement des déviations utérines, sur laquelle je ne manquerai certainement pas de revenir, en temps opportun, avec tous les détails qu'elle comporte; mais je ne pouvais me dispenser de vous la signaler dans cette étude historique : d'abord, à cause des discussions importantes auxquelles elle a donné lieu à plusieurs reprises devant l'Académie de médecine ; puis parce que c'est à elle que se rattache, sinon la découverte, au moins la vulgarisation d'un moyen de diagnostic extrêmement précieux et que, par son utilité pratique, je mets bien au-dessus du spéculum : je veux parler du *cathétérisme utérin*. C'est, en effet, le seul moyen qui nous permette de distinguer

Paris, 1850, in-4, avec 5 pl. — Discours prononcés à l'Académie dans les diverses discussions (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854, t, XIX, p. 365, 789, 803).

(1) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*, trad. et annoté par G. Chantreuil. Paris, 1874, 1 vol. gr. in-8 avec fig.

(2) Valleix, *Modifications apportées au pessaire intra-utérin et considérations sur la cure radicale des diverses déviations utérines.* — *Note sur le redresseur intra-utérin et sur son emploi dans le traitement radical des déplacements de la matrice* (*Bullet de Thérap.* 1851). — *Des déviations utérines*. Leçons faites à la Pitié, etc., 1852. — *Note sur le traitement des déviations utérines par le redresseur intra-utérin. Réponse à quelques objections élevées contre ce traitement*, 1853. — *Guide du médecin praticien*. 3e édition, 1853.

sûrement une déviation utérine, et principalement une flexion, d'avec les diverses tumeurs qui peuvent affecter l'utérus, ou se développer dans son voisinage.

Il se peut que ce moyen d'exploration ait été employé par Hippocrate (1); mais, bien certainement, il a été complétement abandonné depuis, et on ne le retrouve plus qu'à l'état de tentative, aussi timide que réservée, entre les mains de quelques praticiens examinant des cas de prolapsus de l'utérus, et se hasardant, non sans de grandes craintes, à introduire un stylet dans l'orifice offert par la tumeur qu'ils voient pendre entre les cuisses de leurs malades.

C'est véritablement Samuel Lair (2) qui, le premier, a eu, de nos jours, l'idée d'explorer, dans un but de diagnostic, la cavité de l'utérus, en poussant ses investigations au delà de la portion du col mise à découvert par le spéculum. — Pour cela, il a conseillé, dès 1828, d'introduire dans la cavité utérine un stylet ou une sonde d'argent dont le frottement sur les parois permettrait d'apprécier, soit leur état d'intégrité, soit la présence d'ulcérations ou de granulations. Mais cette méthode ne se généralisa pas; et si Récamier, d'une part, a pénétré dans la cavité utérine avec sa curette; si Lisfranc, d'autre part, a conseillé d'y introduire une spatule pour redresser la matrice quand elle est déviée, on doit bien reconnaître que, dans ce fait, il n'y a eu, ni pour l'un ni pour l'autre de ces deux praticiens, le germe d'une méthode diagnostique susceptible de se généraliser.

(1) Hippocrate, *Œuvres*. Édition Littré.

(2) Samuel Lair, *Nouvelle Méthode de traitement des ulcères, ulcérations et engorgements de l'utérus*. Paris, 1828 et 1832, in-8, figures.

C'est presque simultanément que Huguier (1) à Paris, Simpson à Édimbourg (2) et Kiwisch à Prague (3) eurent l'idée d'explorer l'intérieur de la cavité utérine à l'aide d'une sonde spéciale, à laquelle Huguier, qui en fut réellement le premier inventeur, donna le nom d'*hystéromètre*. — Kiwisch, qui réclame la priorité, dit y avoir eu recours, pour la première fois, en 1845, et il est ainsi distancé de deux ans par Simpson et Huguier, qui l'ont employée tous les deux, et certainement à l'insu l'un de l'autre, en 1843.

C'est le 23 septembre que Huguier fit construire son instrument, et voici dans quelles circonstances : — La veille de ce jour, c'est-à-dire le 22 septembre 1843, alors qu'il était chirurgien de l'hôpital de Lourcine, Huguier examinait une femme qui était atteinte d'une tumeur fibreuse saillante dans l'utérus, de façon à donner à l'abdomen un développement analogue à celui d'une grossesse de six mois, et qui, proéminant sur une des lèvres du col, rendait béante l'ouverture du museau de tanche. Il lui vint à l'idée de rechercher si cette tumeur faisait une saillie considérable dans la cavité utérine, et si elle la déformait au point de rétrécir cette cavité et de la rendre anfractueuse ou irrégulière. Il prit donc une pince à polypes, à mors très-minces et légèrement recourbés, et il l'introduisit dans la cavité du col. Cette pince péné-

(1) Huguier, *De l'hystérométrie*. Paris, 1865.

(2) Simpson, *Contribution to the pathology and treatment of diseases of uterus* (*Monthly Journal*, 1843). — *Clinique obstétricale et gynécologique*. Paris, 1876.

(3) Kiwisch von Rotterau, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*. Prag, 1845, 1849, 1853, 3 vol.

tra très-facilement, sans occasionner la moindre douleur, d'abord à quelques centimètres; puis l'opérateur, après un instant d'hésitation — voyant qu'aucun accident ne se manifestait, et qu'il ne rencontrait pas le moindre obstacle — continua sa manœuvre jusqu'à ce qu'il éprouvât de la résistance. La pince avait pénétré jusqu'à plus de 12 centimètres de profondeur. Huguier comprit de suite l'importance que pourrait acquérir un semblable procédé d'exploration, si l'on parvenait à le perfectionner et à régler son emploi d'une façon méthodique. Aussi, dès le lendemain, fit-il exécuter la sonde à laquelle il donna le nom d'*hystéromètre,* et depuis s'en servit-il d'une façon régulière, autant dans son service d'hôpital que dans sa clientèle, ne négligeant aucune occasion de le faire connaître et d'en répandre l'usage parmi ses confrères.

C'est à l'emploi de cet instrument que nous devons les connaissances que nous avons acquises sur les déviations utérines, ces affections auxquelles Simpson, et après lui mon excellent maître Valleix, attachaient une importance peut-être exagérée dans une certaine mesure, mais dont l'étude est beaucoup trop négligée aujourd'hui.

En même temps qu'il permet d'apprécier l'état de la cavité de l'utérus et la direction des diverses parties de la matrice, le cathétérisme utérin met aussi à même, — et c'est là un des services les plus importants qu'il puisse rendre, — de reconnaître parmi les tumeurs, que le toucher fait constater autour de l'utérus, quelles sont celles qui sont indépendantes de la matrice, quelles sont celles qui se trouvent en connexion intime avec elle. Les premières ne sont ni

les moins nombreuses, ni les moins importantes au point de vue clinique, et, dès qu'elles furent séparées des maladies de la matrice, force fut bien de s'évertuer à préciser le siége réel qu'elles occupent, à déterminer à quel organe elles correspondent, de quelles maladies elles sont le symptôme. Il me suffit de les englober en ce moment sous cette désignation fort vague de tumeurs *péri-utérines,* pour vous montrer quelle grande variété d'états pathologiques, jusqu'alors inconnus ou faussement attribués aux maladies de l'utérus, ont pu être étudiés et connus, qui seraient restés ignorés, sans les précieux renseignements apportés à la clinique par le toucher d'une part, par le cathétérisme utérin de l'autre.

Au premier rang figurent les phlegmons péri-utérins, étudiés autrefois par Puzos (1) et par Dance (2) chez les nouvelles accouchées ; puis par Bennet (3) chez les femmes en dehors de l'état puerpéral ; enfin par MM. Satis (4), Boyer (5), Martin (6), par Valleix (7), qui me suggéra l'idée d'en faire le sujet de

(1) Puzos, *Traité des accouchements.* Paris, 1759, in-4°.

(2) Dance, *Essai sur la métrite aiguë puerpérale.* Paris, 1826.

(3) Bennet, *Des ulcérations et des engorgements du col utérin.* Thèse de doctorat, Paris, 1843 ; *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes, et des rapports de ces inflammations avec les autres affections utérines.* Trad. par M. Peter. Paris, 1864.

(4) Satis, *De l'inflammation des annexes de l'utérus et des ligaments larges.* Thèse inaugurale, Paris, 1847.

(5) Boyer, *Du phlegmon des ligaments larges.* Thèse, 1848.

(6) Martin, *Des tumeurs phlegmoneuses des ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin.* Thèse, Paris, 1851.

(7) Valleix, *De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin et en particulier du phlegmon rétro-utérin.* Paris, 1853.

ma thèse inaugurale (1); par Gosselin (2); plus tard, par Bernutz et Goupil (3), qui ne voulurent voir que la péritonite là où nous avions cru pouvoir trouver du phlegmon péri-utérin, et enfin par Aran (4), qui concilia toutes les opinions en proposant cette dénomination de *phlegmasie péri-utérine* à laquelle je me suis rattaché (5), parce qu'elle a le mérite de laisser entière une question qu'il serait peut-être imprudent de trancher aujourd'hui.

De ces tumeurs inflammatoires se rapprochent les tumeurs sanguines du petit bassin, ou *hématocèles péri-utérines,* et toutes les maladies qui ont leur siége, soit dans l'ovaire, soit dans la trompe. Leur étude, qui n'aurait pu être fructueusement entreprise avant que les procédés de diagnostic aient atteint le degré de perfectionnement et de précision auxquels ils sont arrivés, a profité aussi et surtout des progrès accomplis depuis quelques années dans la physiologie des organes génitaux internes de la femme, grâce à des travaux dont il me reste à vous entretenir.

L'œuvre de Régnier de Graaf, un instant oubliée, venait d'être reprise presque simultanément en Angleterre et en France. Il paraîtrait que

(1) T. Gallard, *Du phlegmon péri-utérin ou de l'inflammation du tissu cellulaire qui environne la matrice, et de son traitement.* Thèse. Paris, 1855.

(2) Gosselin, *Du phlegmon péri-utérin, Clinique de l'hôpital Cochin,* publiée par T. Gallard (*Union médicale,* 1855). — *Clinique chirurgicale de la Charité,* 3e édition. Paris, 1878.

(3) Bernutz et Goupil, *Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins* (*Arch. gén. de méd.*, 1857).

(4) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1860.

(5) T. Gallard, *Des phlegmasies péri-utérines* (*Annales de gynécologie*, t. I, p. 113, 1874).

Power (1), en 1821, aurait parlé de l'évolution périodique de l'ovule, doctrine dont le docteur Girdwood (2) constatait la réalité en 1826. Les travaux de ces deux médecins étaient restés inconnus en Angleterre même, et par conséquent en France, lorsque Négrier (3), directeur de cette école d'Angers, qui jadis avait conféré le titre de docteur à de Graaf, songea à rattacher le phénomène externe de la menstruation à l'acte physiologique de l'ovulation spontanée, qui se fait périodiquement chez la femme.

Négrier avait été frappé d'une opinion émise sur ce sujet, dans ses leçons orales, par son compatriote Béclard (4) : « *La menstruation, disait ce professeur, peut naître d'une excitation sympathique générale des organes génitaux, dont les ovaires seraient le centre.* » Cette remarquable prévision de l'illustre anatomiste fut le stimulant qui poussa Négrier et le soutint dans ses recherches.

Dès l'année 1827, il professait à son tour, à l'école d'Angers, « *qu'une vésicule ovarienne se brisait chaque mois chez la femme nubile, et que la cause de cette rupture provenait d'une dernière évolution de la vésicule de de Graaf, distendue par l'accumulation d'un liquide, et que les conséquences de la*

(1) Power, *Essai sur l'économie de la femme*. 1821.
(2) Girdwood cité par Négrier.
(3) Négrier, *Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine*. Paris, 1840, 1 vol. gr. in-8°, avec 11 pl. — *Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus*. Paris, 1846, in-8. — *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*. 1858.
(4) Béclard, *Leçons orales*. Cité par Négrier, in *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*, p. 11. Angers, 1858.

fonction ovulaire étaient : 1° la congestion sanguine des organes génitaux ; 2° l'exsudation utérine, appelée règles ; 3° localement sur l'ovaire une cicatrice résultant de la déchirure de son enveloppe ; 4° que la menstruation n'avait jamais lieu sans la rupture d'une vésicule ovarienne. »

Le 7 novembre 1831, ces faits étaient officiellement communiqués à la Société de médecine d'Angers, et c'est en 1839 seulement que, pressé par ses amis, Négrier envoya à l'Académie des sciences son premier Mémoire : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine, considérés spécialement sous le rapport de leur influence dans la menstruation.* Il y réfutait victorieusement les prétentions d'un auteur qui avait cherché à lui enlever le mérite de la priorité de cette découverte, et dont le seul titre était d'avoir eu pour interne l'élève qui avait, pendant les années précédentes, assisté Négrier dans ses recherches.

Négrier étudia avec soin l'état des ovaires aux divers âges de la vie de la femme, et dans les différents états physiologiques de nubilité, de gestation, d'allaitement, enfin, après la cessation définitive de la fonction de la génération.

« *Jamais, dit-il, les ovaires des femmes menstruées, de quelque âge qu'elles soient, ne manquent de cicatrices vésiculaires. L'hémorrhagie utérine est tellement dépendante des fonctions de l'ovaire, que, si ces dernières viennent à tarder, les règles tardent aussi ; et, si l'autopsie permet de constater l'avortement de quelques vésicules, on peut être certain que les retours menstruels ont offert des*

interruptions qui correspondent à ces avortements. »

Il établit aussi que « *la rupture d'une vésicule ovarique n'est pas nécessairement accompagnée d'une hémorrhagie utérine.* »

Enfin, Négrier ne se borne pas à rendre évidente la corrélation intime qui existe entre l'ovulation spontanée et la menstruation ; mais, allant plus loin — trop loin peut-être sur cette dernière question — il entreprend de démontrer qu'elle tient également la fécondation sous sa dépendance.

Puis, généralisant cette donnée première, il rattache toute l'existence de la femme au jeu régulier de la fonction ovarienne. Il nous fait voir alors que c'est dans l'ovaire, et non ailleurs, que se trouvent les véritables attributs du sexe féminin, et que ce sont les modifications survenues dans cet organe, bien plutôt que celles dont le siége est dans l'utérus, qui ont leur retentissement sympathique sur l'organisme. De telle sorte qu'il conviendrait de changer l'aphorisme de Van Helmont (1), et de dire non plus : *Propter solum uterum*, mais bien : *Propter solum ovarium, mulier est id quod est..*

Ces notions, auxquelles ne tardèrent pas à s'ajouter celles que nous devons aux recherches de Coste (2), de Bischoff (3), de Raciborski (4), de

(1) Van Helmont, *Hortus medicinæ*. Amstelodami, apud Ludovicum Elzevirium. Edente authoris filio. 1652.

(2) Coste, *Embryogénie comparée, Cours sur le développement de l'homme et des animaux*, t. I. Paris, 1837.

(3) Bischoff, *Traité du développement de l'homme et des mammifères*. Paris, 1843 — *Études sur la théorie de la menstruation* (*Archives de médecine*, 1854, p. 344).

(4) Raciborski, *De l'exfoliation physiologique et pathologique de la*

Courty (1), de Follin (2), de Ch. Robin (3), de F. A. Pouchet (4), ont imprimé une nouvelle direction à l'étude des maladies des femmes.

L'attention s'est non pas tout à fait distraite, mais un peu détournée des maladies de l'utérus, pour se porter vers celles de l'ovaire. Les kystes ovariques et les maladies chroniques ont été étudiés avec soin et succès ; malheureusement, il n'en est pas encore tout à fait de même des maladies aiguës. Les ouvrages publiés sur ce sujet sont rares; depuis celui de Chereau (5), imprimé en 1844, nous n'avions eu, jusqu'à ces derniers temps, que celui de Boinet (6), en y comprenant même plusieurs Mémoires, dont les plus importants se rapportent aux hématocèles péri-utérines, que je ne puis, à aucun titre, séparer des maladies de l'ovaire. C'était peu, et il y a dix ans déjà, dans une circonstance analogue à celle qui nous réunit aujourd'hui, je signalais cette pénurie à ceux qui vous ont précédés sur ces bancs, en leur disant :

membrane interne de l'utérus. Paris, 1857, in-8°. — *Traité de la menstruation, ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, l'hygiène de la puberté et de l'âge critique, son rôle dans les différentes maladies, ses troubles et leurs traitements*. Paris, 1868, in-8°, avec 2 pl.

(1) Courty, *De l'œuf et de son développement*. Montpellier, 1845.

(2) Follin, *Du corps de Wolff*. Thèse de Paris, 1850.

(3) Robin, *Mémoire sur la muqueuse utérine* (*Archives de médecine*, Paris, 1848). — *Mémoire sur les modifications de la muqueuse utérine, pendant et après la grossesse*. Paris, 1861, in-4°, avec 5 pl.

(4) Pouchet, *Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation dans l'espèce humaine et les mammifères, basée sur l'observation de toute la série animale*. Paris, 1847, in-8°, avec atlas in-4° de 20 pl.

(5) Chereau, *Mémoire pour servir à l'histoire des maladies des ovaires*. 1844.

(6) Boinet, *Ovariotomie, Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*. Paris, 1867. 2e édition, Paris, 1877.

« C'est cependant dans cette direction qu'est le pro-
« grès, et il sera réalisé le jour où, au lieu d'écrire,
« comme on l'a fait jusqu'ici, des livres sur les mala-
« dies de l'utérus et de ses annexes, on pourra enfin se
« permettre de publier un *Traité des maladies de*
« *l'ovaire et de ses annexes.* » Je prévoyais que ce jour pourrait être fort éloigné et je conviais mon jeune auditoire à m'aider à le rapprocher en s'unissant à moi pour entreprendre les recherches destinées à nous éclairer sur la pathologie ovarienne. Mon appel fut entendu, et quoiqu'il nous reste encore bien du chemin à faire pour atteindre le but désiré, je suis heureux de pouvoir constater que mes Leçons sur l'*ovarite aiguë* (1) encouragèrent M. Scaglia (2), M. Bouveret (3), M. Darolles (4), M. Merlou (5) à entreprendre les intéressants travaux qu'ils ont publiés sur cet important sujet.

Pendant que ces travaux se poursuivaient en France, où la publication des deux ouvrages importants de Raciborski (6) et de Boinet (7) venait témoigner de l'attention avec laquelle ces études étaient suivies dans notre pays, elles n'étaient

(1) T. Gallard, *De l'ovarite aiguë* (*Gazette des hôpitaux.* Paris, 1869).

(2) Scaglia, *Des différentes formes de l'ovarite aiguë.* Paris, 1870.

(3) Bouveret, *Contribution à l'étude de l'ovarite* (*Annales de gynécologie*, 1875, t. IV, p. 427).

(4) Darolles, *Contribution à l'étude de l'ovarite* (*Annales de gynécologie*, 1876, p. 419.

(5) Merlou, *De l'ovarite aiguë.* Thèse, Paris, 1877.

(6) Raciborski, *Traité de la menstruation ; ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, l'hygiène de la puberté et de l'âge critique, son rôle dans les différentes maladies, ses troubles et leur traitement.* Paris, 1863.

(7) Boinet, *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement.* Paris, 1877.

pas négligées chez nos voisins. Vous pouvez vous en convaincre en lisant le discours par lequel M. Tilt (1) inaugurait, il y a quelques années, sa présidence à la Société obstétricale de Londres. Il y confirme sur tous les points les plus importants les doctrines de Négrier, qui jusqu'à présent ne me paraissent devoir être en aucune façon ébranlées par les faits contradictoires que l'on s'est efforcé de recueillir avec une certaine affectation, et dont les plus importants ont été publiés par M. de Sinéty (2). Ces faits, même quand ils se multiplieraient plus qu'il n'y a lieu de le supposer, ne prouveraient que ceci : c'est d'une part que l'ovulation peut s'opérer dans certains cas sans exercer sur la muqueuse utérine un retentissement suffisant pour que l'hémorrhagie symptomatique se produise ; c'est d'autre part qu'une hémorrhagie peut se faire maintes fois par cette muqueuse avec une périodicité plus ou moins régulière, sans être sollicitée par la ponte ovulaire.

Tilt n'est pas le seul auteur étranger à la France dont nous devions citer et consulter avec fruit les ouvrages. Si pendant la première partie de ce siècle

(1) Tilt (Edward-John), *On the progress of pelvis pathology, Sur les progrès de la pathologie pelvienne pendant les vingt-cinq dernières années* (*Transactions of the obstetrical Society of London*, t. X. London, 1874). — *On the diagnosis of subacute ovaritis*. London, 1874. Trad. par Danlos, in *Annales de Gynécologie*, 1874.

(2) De Sinéty, *Note sur l'indépendance relative qui peut exister entre l'ovulation et la menstruation* (*Société de biologie*, 2 décembre 1876 ; *Annales de gynécologie*, janvier 1877, p. 56, et juillet 1877, p. 25). — Voyez aussi Reeves Jackson, *The ovulation theorie of menstruation : will et stand* (*La théorie de l'ovulation comme cause de la menstruation se maintiendra-t-elle ?*) (*The American Journal of obstetric* de New-York, octobre 1876, p. 529, et *Revue des sciences médicales en France et à l'étranger*, t. X, p. 43.)

les œuvres de nos compatriotes ont tenu le premier rang en ce qui concerne les progrès imprimés à l'étude des maladies des femmes, il faut bien reconnaître que cette suprématie nous a été disputée depuis, et souvent avec un succès incontestable, par des savants appartenant à d'autres nationalités : en Angleterre d'abord, où les travaux qui nous intéressent ont pris un rapide essor sous l'impulsion qui leur a été donnée par Bennet, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui, imbu des enseignements puisés parmi nous, a appris à ses compatriotes à s'occuper de maladies pour l'étude desquelles ils n'avaient montré jusqu'alors qu'un profond dédain. Ses travaux (1) furent suivis de ceux non moins remarquables de Fleetwood Churchill (2), Aschwell (3), Simpson (4), Baker Brown (5), West (6), Barnes (7), Lawson Tait (8).

En même temps l'Allemagne rivalisait d'ardeur et nous donnait les œuvres de Kiwisch (9), de Scan-

(1) Bennet, *Traité pratique des inflammations de l'utérus, de son col et de ses annexes*. Trad. de l'anglais par Aran, 1850. — Trad. par M. Peter, 1864.

(2) Churchill (Fleetwood), 5e édition. Trad. par A. Wieland et J. Dubrisay. Paris, 1866. — Trad. par A. Leblond. Paris, 1874.

(3) Aschwell, *Practical Treatise on the diseases peculiar to Women*. London, 1844; third édition.

(4) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*. Trad. par Chantreuil. Paris, 1874.

(5) Baker Brown, *De l'hydropisie de l'ovaire, sa nature, son diagnostic et son traitement*. — *Surgical diseases of Women*, 2e édition. London, 1861.

(6) West, *Leçons sur les maladies des femmes*. Trad. Mauriac. Paris, 1870.

(7) Barnes, *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. par A. Cordes. Paris, 1876.

(8) Lawson Tait, *Diseases of Women*. London, 1877.

(9) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des Weiblichen Geschlechts*. Prag. 1849.

zoni (1), de Braun (2), de Mayer (3), tandis que l'Amérique voyait éclore celles de Marion Sims (4), de Bozeman (5), de Thomas Gaillard (6), de Peaslee (7), d'Atlee (8), de Stephen Rogers (9), etc.

Ce n'est pas que, devant cette production si active de travaux étrangers, nous soyons restés en retard. Pour nous justifier, il nous suffirait de citer les livres d'Aran (10), de Bernutz et Goupil (11), de Courty (12), d'Alphonse Guérin (13), de Gueneau de

(1) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme.* Trad. par Dor et Socin. Paris, 1858. — *De la métrite chronique.* Trad. par Sieffermann. Paris, 1866.

(2) Braun, *Ueber Hamometra in den pubertas Jahren* (*All. Wien. Med. Zeit*, n° 13, 1861).

(3) Mayer, *Klinische Mitheilungen.*

(4) Marion Sims, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine dans ses rapports avec la stérilité.* Trad. par Lhéritier. Paris, 1866.

(5) Bozeman, *The history of nine cases of ovariotomy.* New-York, 1869. — *Vesico-vaginal fistule and its successful treatment by the button suture*, 1869. — *Operation of vesico-vaginal fistule without the aid of assistants.* New-York, 1869. — *On urethrocele, catarrh, and ulceration of the Bladder in females.* Albany, 1872.

(6) Gaillard (Thomas), *Treatise of the Diseases of Women.* New-York, 4e édition, 1877. Trad. par Lutaud. Paris, 1878. — *On chronic inversion of the uterus.* New-York, 1849. — *Rapport on thè treatment of solid uterin fibroids by electrolyse* (*American journal of obstetris*, janvier 1877, p. 78).

(7) Peaslee, *Ovarian tumors.* New-York, 1872.

(8) Atlee, *General and differential diagnosis of ovarian tumors.* Philadelphia, 1873.

(9) Stephen Rogers, *Extra-uterine fœtation and gestation.* Philadelphia, 1867.

(10) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.* Paris, 1858-59.

(11) Bernutz et Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes.* Paris, 1860-62.

(12) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 3e édit. Paris, 1872.

(13) Guérin (Alphonse), *Maladies des organes génitaux de la femme.* Paris, 1864.

Mussy (1), de Siredey (2), de Martineau (3), et les remarquables monographies d'Huguier (4), tous ouvrages que je ne veux pas analyser en ce moment, car je dois les citer souvent dans le cours de ces Leçons. J'aurai occasion alors de vous indiquer quels sont les points à propos desquels je suis en communauté d'idées, quels sont ceux à propos desquels j'ai le regret de me trouver en désaccord avec leurs auteurs.

Il faut bien dire que dans cette lutte scientifique nos forces nationales se sont trouvées malheureusement fort amoindries par la mort prématurée de plusieurs de ceux qui étaient destinés à tenir le plus haut et le plus ferme le drapeau de la France. Quand, dans le petit nombre de ceux qui ont dirigé tous les efforts de leur intelligence sur des études aussi limitées, on voit disparaître presque simultanément, avant l'heure, et sans qu'ils aient encore donné tout ce qu'on pouvait attendre d'eux, des hommes comme Valleix, Aran, Goupil, Huguier, Demarquay, on peut craindre que la partie de la science à laquelle ils s'étaient spécialement consacrés, ne se trouve un instant compromise. Cependant cette crainte ne s'est pas réalisée. Si

(1) Gueneau de Mussy (Noël), *Clinique médicale*, 2 vol. Paris, 1875.

(2) Siredey, *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines*. Paris, 1860.

(3) Martineau, *Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1878.

(4) Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1859, t. XXIII, p. 279). — *Mémoire sur l'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1849, t. XIV, p. 501). — *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 527). — *De l'hystérométrie*. Paris, 1865, etc.

la France, qui a tenu pendant si longtemps la tête des nations, ne marche plus aussi incontestablement en avant qu'autrefois, il serait injuste de la considérer comme ayant été distancée, et il suffit de voir l'émulation dont sont animés aujourd'hui les médecins de ce pays qui se sont consacrés à l'étude des maladies des femmes, pour augurer qu'ils auront encore une large part dans les progrès que doit réaliser cette branche de la clinique médicale.

Il est surtout à remarquer que, sans cesser de produire nous-mêmes, nous avons donné une grande place dans nos études aux travaux des médecins étrangers, que des traductions ont vulgarisés parmi nous, et dans lesquels nous ne négligeons jamais d'aller puiser les enseignements qu'ils peuvent nous donner. Cette libéralité avec laquelle nous avons ouvert nos bibliothèques classiques à ces rivaux redoutables, témoigne de l'excellent esprit qui anime notre génération médicale actuelle, et de l'ardeur avec laquelle elle entend lutter pour défendre la position conquise par les maîtres à l'école desquels elle s'est formée.

Dans les pays qui nous environnent on a compris que les efforts individuels sont le plus souvent insuffisants pour assurer le progrès, et on a eu recours à l'*association*, ce puissant levier des temps modernes qui multiplie les forces et rend les plus modestes efforts souvent efficaces. On a fondé des sociétés d'*obstétrique* et de *gynécologie*, puis des journaux qui ont vulgarisé les travaux des membres de ces sociétés. En France, nous n'avons pas encore de sociétés semblables — peut-être ne tardera-t-il pas à

s'en fonder une — mais grâce aux efforts combinés de mes honorables et savants amis, MM. Courty, Pajot et Leblond, nous avons pu réunir un groupe imposant de confrères amoureux de l'étude et du travail, avec la coopération desquels nous avons créé, il y a quatre ans, une revue mensuelle dont je n'ai pas besoin de faire valoir le succès incontesté.

Avant même que ce succès fût acquis, nous savions que l'idée était bonne, car la concurrence s'en était aussitôt emparée, et le premier numéro de nos *Annales de gynécologie* n'avait pas encore paru, que l'on annonçait la publication simultanée d'un autre recueil traitant des mêmes matières. Nous sommes loin de nous plaindre, mes amis et moi, de cette concurrence, car elle entretient parmi tous les travailleurs une émulation qui ne peut que profiter aux progrès généraux de la science. Nous devons, au contraire, nous féliciter de ce que, nous étant réunis pour combler un vide de la littérature médicale en fondant une revue de gynécologie, nous avons pu obtenir ce résultat inespéré de provoquer du même coup la publication de deux journaux consacrés à l'*obstétrique* et aux *maladies des femmes*.

II

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Situation, forme et dimension de l'utérus. — Sa division en trois parties : le corps, le col et la portion intermédiaire, ou l'isthme. — Ses rapports avec le péritoine et le vagin. — Le tissu cellulaire péri-utérin. — Moyens de fixité de l'utérus. — Anneau fibreux suspenseur. — Direction de l'utérus. Son inclinaison et sa courbure en avant. — Sa mobilité. — Ses cavités. — Structure de la muqueuse utérine. — Le vagin. — Sa configuration. — Sa structure. — Ses rapports. — La membrane hymen. — Ses divers aspects. — La vulve. — Ses parties constituantes. — Appareils sécréteurs. — Les trompes. — Le ligament de l'ovaire. — Description de l'ovaire.

MESSIEURS,

Si toutes les particularités relatives à l'anatomie comme à la physiologie des organes génitaux internes de la femme pouvaient être exposées sans controverse ni discussion, je n'aurais qu'à les supposer connues de vous, ou à vous engager à en prendre connaissance dans les traités spéciaux, et j'aborderais, sans plus tarder, l'étude clinique des maladies qui affectent ces organes. — Mais ce n'est pas le cas, et, sur nombre de points importants, les divergences sont de nature à réagir sur la conduite du clinicien, en lui faisant subordonner sa pratique à la façon dont il interprétera

tel fait anatomique. — Il est donc essentiel, pour que nous nous comprenions parfaitement dans la suite de ces Leçons, que je vous expose, avant d'aller plus loin, ma manière de voir sur ces points litigieux, les seuls, du reste, que je veuille traiter avec quelque développement dans les très-rapides considérations qui vont suivre.

Les organes génitaux internes de la femme forment, dans leur ensemble, un système assez com-

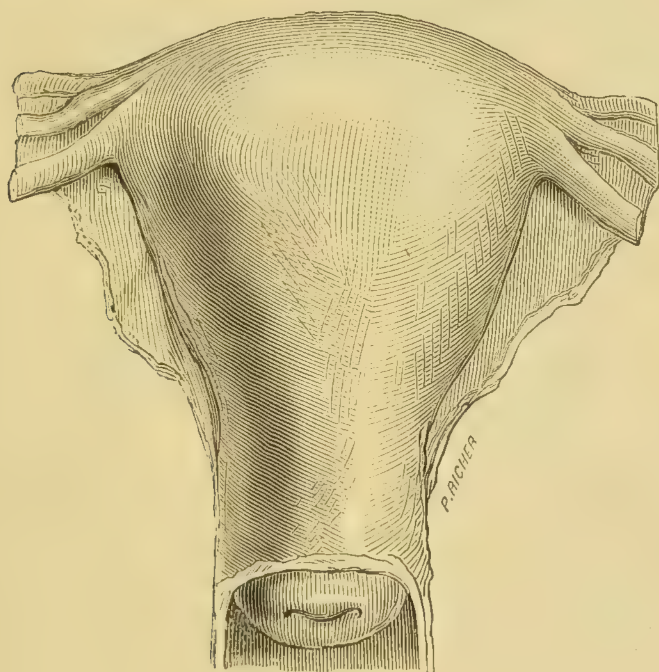


Fig. 1. — Conformation extérieure de l'utérus à l'état normal.

plexe dont l'ovaire est le véritable centre physiologique, mais dont l'utérus peut être considéré comme le centre anatomique ou l'aboutissant, car tous les autres sont groupés autour de lui.

L'utérus est un organe creux, à parois épaisses et

musculaires (*fig.* 1), ayant, disent les traités d'anatomie, la forme d'un cône, aplati d'avant en arrière, arrondi vers la base, qui regarde en haut ; ayant un sommet, tronqué et également arrondi, qui regarde en bas, et présentant, immédiatement au-dessous de sa partie moyenne, une légère dépression circulaire, qui le divise en deux parties.

Vous conviendrez avec moi qu'un cône, ainsi déformé, n'est plus un cône, et que l'on peut, sans grand inconvénient, renoncer à cette comparaison géométrique qui, sous un faux semblant de précision, ne donne qu'une idée parfaitement inexacte de l'organe utérin.

Si je ne pouvais mettre cet organe sous vos yeux (*fig.* 1), et s'il me fallait absolument, pour vous en donner une idée, le comparer à un objet quelconque, j'aimerais mieux vous dire qu'il ressemble à une de ces poires aplaties par la dessiccation, appelées *poires tapées,* ou encore à une petite calebasse, légèrement aplatie.

Sa forme, son poids, son volume et l'épaisseur de ses parois varient, même à l'état normal, même en dehors de la gestation, dans des limites assez étendues, suivant l'âge de la femme, suivant qu'elle est ou non à une période menstruelle, qu'elle a eu ou non des rapports sexuels, enfin qu'elle a eu ou non des enfants.

Son poids, que Sappey fixe en moyenne à 42 grammes et qu'il a vu osciller entre les limites extrêmes de 32 et 55 grammes, augmente, ainsi que son volume, à mesure que la femme avance en âge, jusqu'à l'époque de la ménopause, après laquelle il commence

à décroître, sans jamais reprendre les dimensions qu'il avait avant la puberté. Cette augmentation de volume, surtout appréciable chez la femme qui a eu des enfants (*fig.* 2), est d'autant plus considérable que les grossesses ont été plus nombreuses; mais on peut la constater aussi chez la femme qui n'a jamais conçu

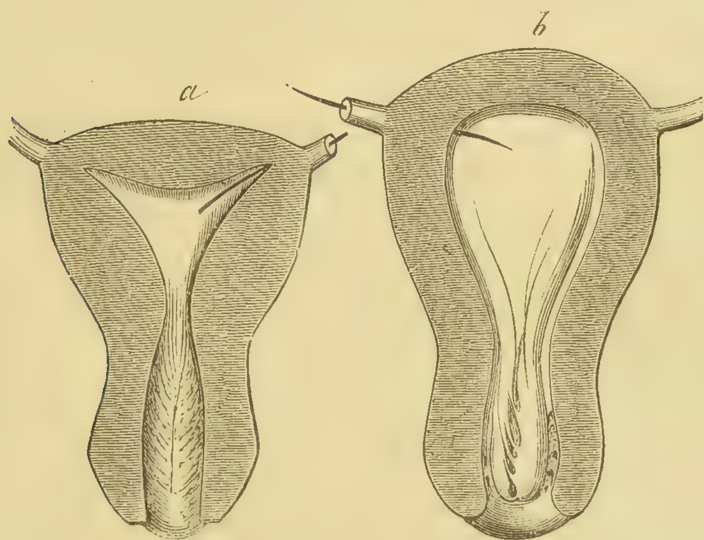


Fig. 2. — Utérus de nullipare (*a*) et de multipare (*b*) (d'après Paul Dubois).

et même chez la fille vierge. Aran, qui l'a signalée le premier dans ces dernières circonstances, n'a fait que constater le fait sans l'expliquer, et cependant l'explication me paraît simple et facile.

Pour la femme qui a eu des enfants, il est évident que l'augmentation de volume, persistant après l'accouchement, est une suite de celle qui s'est produite pendant la grossesse. Cette matrice, qui a acquis un poids plus de vingt fois supérieur à celui qu'elle a normalement (le poids de l'utérus à la fin de la grossesse est de 900 à 950 grammes), revient bien ensuite

sur elle-même, après la parturition ; elle s'atrophie en vertu d'un travail régressif qui tend à la faire rentrer dans ses anciennes dimensions, mais le retrait ne se fait jamais d'une façon tellement complète, qu'il ne reste quelques traces de cette hypertrophie passagère, surtout si une nouvelle grossesse vient arrêter l'évolution rétrograde avant qu'elle ait atteint ses dernières limites.

A défaut, du reste, d'une nouvelle grossesse, la congestion qui se produit physiologiquement à chaque époque menstruelle serait suffisante pour contre-balancer l'action de ce travail régressif, car cette congestion, dont l'action est manifeste pendant le cours de chaque époque menstruelle, laisse aussi dans l'utérus qu'elle a tuméfié des traces plus ou moins indélébiles. A elle seule elle suffit, par sa reproduction périodique et régulière, pour déterminer l'augmentation incessante de volume de l'utérus, même chez la fille vierge, à mesure qu'elle se produit plus souvent, c'est-à-dire à mesure que le sujet avance en âge. Chez la femme qui a des rapports sexuels, l'acte vénérien détermine, à son tour, de nouvelles congestions, plus passagères il est vrai, mais dont le retour plus ou moins répété n'est pas sans ajouter son action à celle des congestions cataméniales, et ainsi s'explique pourquoi l'utérus de la femme déflorée, nullipare, est toujours plus volumineux que celui de la vierge, sans atteindre toutefois les dimensions affectées par celui de la femme qui a eu des enfants. Voilà pourquoi, aussi, lorsque ces congestions disparaissent, c'est-à-dire après la ménopause, l'utérus peut continuer sa rétraction et prendre des dimensions inférieures à celles qu'il avait

présentées pendant toute la période d'activité de la vie sexuelle.

La vérité de cette règle générale est confirmée par tous les auteurs qui se sont occupés de prendre les dimensions d'un certain nombre d'utérus, à différents âges et dans les diverses conditions que je viens d'exposer. Chacun d'eux a dressé des tableaux que je pourrais mettre sous vos yeux, mais je m'en dispense. parce que, leurs chiffres ne concordant pas, il me semble inutile d'en charger votre mémoire. Il vous suffira de vous rappeler : 1° que le diamètre longitudinal extérieur de l'utérus, pris au compas d'épaisseur, du fond à l'extrémité inférieure du col, dépasse rarement 6 centimètres et n'atteint pas toujours cette longueur chez la vierge, tandis qu'il la dépasse habituellement de quelques millimètres chez la femme déflorée nullipare, et qu'il arrive presque toujours à 7 centimètres ou même plus chez la femme qui a eu des enfants; 2° que le diamètre transversal, mesuré au fond de l'utérus, entre l'insertion des deux trompes, varie de 38 à 40 millimètres dans le premier cas, de 40 à 45 dans le second, de 45 à 50 et au delà, parfois même à 60 dans le troisième; 3° que l'épaisseur des parois suit une progression analogue variant, d'après Aran, de 6 à 13 et même 15 millimètres suivant les cas; 4° que l'utérus de la femme qui a eu des enfants diffère de celui de la vierge, non-seulement par ses dimensions plus grandes, mais aussi par sa forme : il est plus arrondi, plus globuleux, plus épais d'avant en arrière (*fig.* 2).

Ces mesures et les autres particularités qui s'y rattachent ne peuvent être constatées que sur le cadavre ;

ce sont donc de simples données anatomiques fort curieuses à connaître sans doute, mais infiniment moins utiles que celles dont il nous est possible de prendre connaissance pendant la vie, et qui, à ce titre, constituent un précieux élément de diagnostic. — Telles sont, par exemple, les dimensions de la cavité de l'utérus et le volume du col, dont je ne veux pas vous donner les mesures physiologiques et normales en ce moment, parce que je crois qu'il sera plus avantageux de vous les indiquer lorsque je vous décrirai les procédés d'exploration à l'aide desquels nous pouvons arriver à les recueillir cliniquement.

L'utérus est placé dans l'abdomen, où il occupe une situation telle que, quand on ouvre cette cavité, on aperçoit seulement le fond de la matrice, arrivant à peine jusqu'à la hauteur du pubis, qu'il dépasse rarement, même chez la femme qui a eu des enfants. D'après Sappey, le fond de l'utérus reste, à l'état normal, à 2 centimètres au-dessous du plan du détroit supérieur. Il forme au milieu du petit bassin une sorte de cloison transversale complétée latéralement par les deux replis peritonéaux connus sous le nom de *ligaments larges* (*fig.* 3). Cette cloison divise le petit bassin en deux compartiments : l'un, antérieur, renferme la vessie; l'autre, postérieur, contient le rectum et quelques anses de l'intestin grêle. Supérieurement tous ces organes sont séparés les uns des autres et revêtus chacun de la séreuse péritonéale; inférieurement ils sont unis entre eux de telle sorte que l'utérus adhère plus ou moins intimement à la vessie. en avant; aux côtés du rectum, en arrière. Mais ces adhérences ne s'étendent pas jusqu'à l'extrémité la

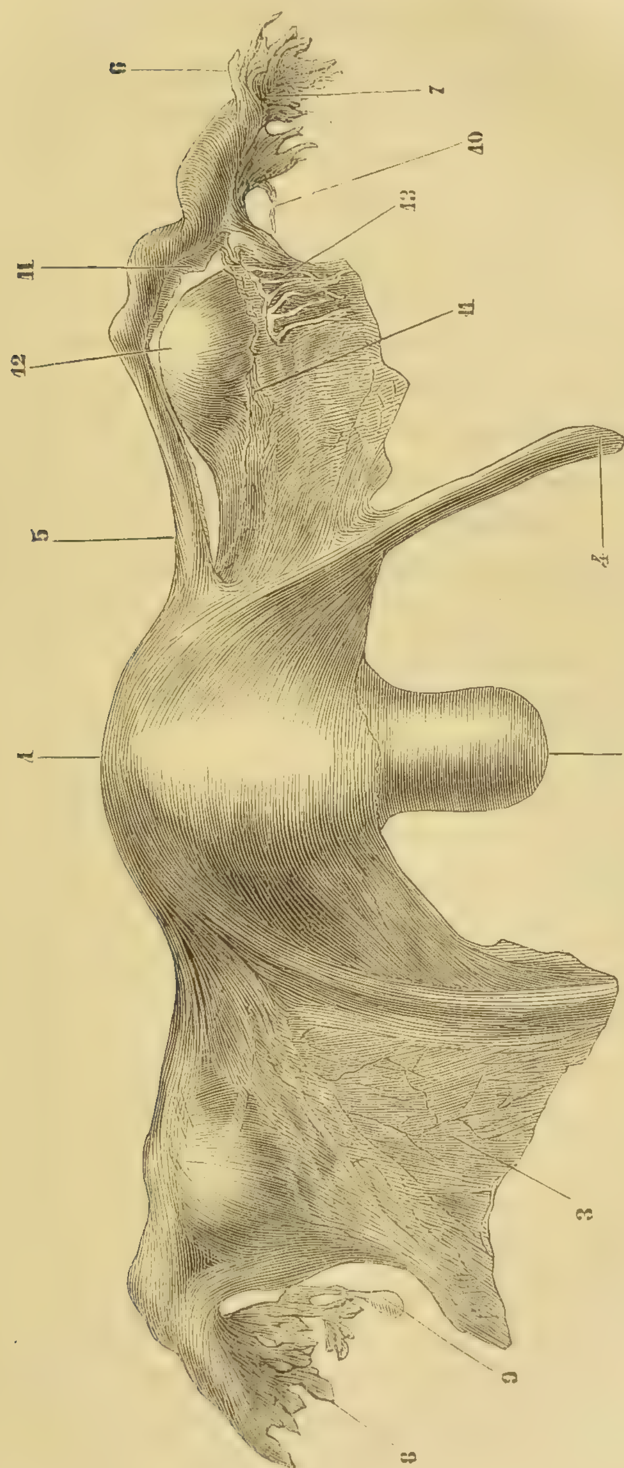


Fig. 3. — Organes génitaux internes de la femme (vue antérieure) (*).

(*) 1, fond de l'utérus. — 2, col de l'utérus. — 3, ligament large. — 4, ligament rond. — 5, trompe. — 6, pavillon de la trompe. — 7, 8, franges du pavillon de la trompe. — 9, vésicule appendue à une frange. — 10, ligament de la trompe. — 11, ligament large incisé pour montrer l'ovaire. — 12, ovaire. — 13, organe de Rosenmüller.

plus inférieure de l'organe, car cette extrémité fait saillie dans le vagin, sorte de conduit membraneux, situé au-dessous de la matrice, qui s'insère sur tout son pourtour et la sépare, d'une part de la vessie, de l'autre du rectum, avec lesquels il adhère lui-même.

L'utérus se trouve donc ainsi, tout naturellement, divisé en deux portions qui font saillie : l'une, la supérieure, dans la cavité abdominale ; l'autre, l'inférieure, dans la cavité vaginale.

Ces deux segments sont recouverts l'un et l'autre par une membrane ; celle de ces membranes qui revêt le segment inférieur est une muqueuse, se continuant avec la muqueuse vaginale ; celle qui revêt le segment supérieur est une séreuse : le péritoine.

La façon dont chacune de ces membranes se comporte et les rapports qu'elles affectent, tant avec l'utérus qu'entre elles et avec les organes voisins, sont extrêmement importants à étudier.

Si nous suivons le péritoine dans son trajet, en le faisant partir du fond de l'utérus, avec lequel il adhère intimement, nous voyons qu'il descend le long de la face antérieure de l'organe, jusqu'au point où commence cet étranglement qui fait ressembler la matrice à une petite calebasse. A partir de ce niveau, le péritoine adhère moins intimement au tissu utérin, il s'en détache, s'en éloigne, puis se réfléchit sur lui-même, pour gagner la paroi postérieure de la vessie, en formant le cul-de-sac vésico-utérin.

En arrière, le péritoine tapisse de la même façon la face postérieure de l'utérus, dans toute son étendue, et il descend beaucoup plus bas qu'en avant. — Mais, de même qu'en avant, quand il arrive à cette

portion étranglée qui sépare le segment supérieur du segment inférieur de l'utérus, il se détache du tissu utérin, ne lui adhère plus que très-lâchement, et peut en être facilement séparé par la dissection, ce qui est impossible à la partie supérieure.

Continuant à descendre, après s'être ainsi détaché de l'utérus, il arrive jusqu'au contact de la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure, à laquelle il s'adosse, avant de se réfléchir sur la face antérieure du rectum, pour former le cul-de-sac utéro-rectal.

Latéralement, les deux feuillets péritonéaux, qui ont tapissé, l'un la face antérieure, l'autre la face postérieure de l'utérus, ne se continuent pas en contournant le bord de l'organe, comme cela a lieu au niveau du bord supérieur; mais, à mesure qu'ils approchent de ce bord latéral, ils deviennent de moins en moins adhérents au tissu utérin, s'en détachent peu à peu, puis l'abandonnent tout à fait, pour s'adosser l'un à l'autre en formant les ligaments larges.

Il en résulte que, tout le long des bords latéraux, il y a une certaine portion du tissu utérin qui n'est pas en contact avec le péritoine, dont les lames, un peu écartées à ce niveau, permettent à l'utérus de glisser entre elles, lorsque, par suite de circonstances physiologiques ou pathologiques, son volume augmente ou diminue.

Le segment inférieur de l'utérus, qui proémine dans la cavité vaginale, y fait une saillie moins considérable que celle qui est formée par le segment supérieur dans la cavité abdominale. Ce segment inférieur est recouvert par une muqueuse qui, très-adhérente sur son sommet inférieur, remonte latéralement sur tout

son pourtour, puis, arrivée à une certaine hauteur, se réfléchit brusquement sur elle-même, en se continuant avec la muqueuse du vagin et formant un repli ou cul-de-sac circulaire qui embrasse toute la circonférence du col utérin.

Il y a donc entre la façon dont se comportent la membrane de revêtement de la portion supérieure ou abdominale et la membrane de revêtement de la portion inférieure ou vaginale, cette différence que le péritoine, se réfléchissant seulement en avant et en arrière, forme deux culs-de-sac, tandis que le vagin, se réfléchissant sur tout le pourtour, n'en forme qu'un seul, circulaire. — Mais, pour la facilité de la description, l'usage a prévalu de subdiviser ce cul-de-sac unique du vagin en quatre sections : une antérieure et une postérieure qui correspondent aux culs-de-sac péritonéaux, et deux latérales correspondant à l'adossement inférieur des replis péritonéaux qui forment les ligaments larges.

J'ajouterai que le cul-de-sac vaginal postérieur est infiniment plus profond que les latéraux, et que ces derniers le sont eux-mêmes plus que l'antérieur.

Il en résulte qu'en avant les deux membranes réfléchies, séreuse et muqueuse, sont assez éloignées l'une de l'autre, tandis qu'en arrière elles arrivent à un contact presque immédiat. — Toutefois, ce n'est pas au niveau même du point de réflexion que ce contact a lieu; et là, comme sur les côtés, l'écartement des membranes de revêtement qui se détachent de l'utérus, avant de se réfléchir, laisse une portion du tissu propre de la matrice libre de tout rapport immédiat avec les membranes.

L'espace compris entre le point où ces membranes se détachent de l'utérus et celui où elles se rejoignent forme un triangle, dont le sommet est au point d'adossement des membranes, dont la base est représentée par la portion du tissu utérin dépourvu de membrane de revêtement.

Il y a donc là un espace intermédiaire, une sorte de vide qui, comme tous les vides existant entre les divers organes de l'économie, est rempli par du tissu cellulaire conjonctif.

Ce tissu cellulaire qui, par sa situation, mérite la qualification de tissu cellulaire *péri-utérin*, ne se rencontre pas sur tout le pourtour, sur toute la surface extérieure de l'utérus, mais seulement le long des bords latéraux et tout autour de la portion étranglée de la matrice, entre la réflexion du péritoine et celle du vagin. Sur les parties médiane et supérieure du corps et sur la portion la plus inférieure du col, les membranes de revêtement adhèrent intimement au tissu propre de l'utérus, sans qu'il y ait la moindre trace de tissu cellulaire interposé, et — j'insiste avec intention — la dissection la plus délicate ne permet pas, dans ces points, de séparer les membranes d'avec le tissu utérin ; mais, à mesure que l'on s'approche des bords latéraux, ou des points vers lesquels le mouvement de réflexion de chacune de ces membranes va s'opérer, elles deviennent moins adhérentes ; la dissection permet de les séparer du tissu utérin sous-jacent et même de reconnaître la couche de tissu cellulaire qui leur est interposée.

Cette couche de tissu cellulaire se retrouve dans tous les points où je vous ai dit que le tissu utérin n'est

plus en contact immédiat avec les membranes de revêtement, c'est-à-dire le long des bords latéraux, et, en avant comme en arrière, sur tous les points situés immédiatement au-dessus de la réflexion du vagin.

Si j'insiste avec tant de soin, Messieurs, dès le début de ces Leçons, sur la description de ce tissu cellulaire, c'est, non-seulement parce qu'il joue un très-grand rôle dans la pathologie des organes génitaux de la femme, mais aussi, comme vous allez le comprendre dans un instant, parce qu'il a une importance capitale au point de vue de l'anatomie et de la physiologie de ces organes.

Latéralement, c'est-à-dire à la base des ligaments larges, il est en quantité assez considérable pour ne pas pouvoir passer inaperçu ; il en est de même en avant où, vu l'éloignement qui existe entre la réflexion du péritoine et celle du vagin, il occupe un espace parfaitement décrit par Jobert, qui a indiqué jusqu'à quelle hauteur le bistouri peut être porté au delà du vagin, sans léser le péritoine.

Mais, en arrière, les deux membranes sont plus rapprochées, elles en viennent même à s'adosser, le péritoine descendant jusque sur le vagin, avant de se réfléchir sur le rectum. Aussi a-t-on cru pouvoir révoquer en doute l'existence du tissu cellulaire péri-utérin en arrière du col de l'utérus.

La vérité est pourtant qu'il existe là aussi bien qu'en avant et sur les côtés ; seulement il est plus fin, plus lamelleux, moins disposé à s'infiltrer de graisse, mais j'ai maintes fois eu l'occasion de le disséquer.

Voici une pièce, préparée depuis fort longtemps ;

vous y voyez, entre le péritoine que je relève vers la partie supérieure de l'utérus, après l'avoir détaché du rectum, et le vagin que j'ai rejeté en bas, une lame de tissu cellulaire parfaitement évidente et qui se continue avec les couches cellulo-adipeuses environnantes.

Dans l'espace compris entre l'utérus d'une part, et l'adossement du vagin et du péritoine d'autre part, cette lame est extrêmement mince et ténue; mais est-ce une raison pour en contester l'existence? — Voyez à côté d'elle les ligaments larges; chacun d'eux est composé de cinq couches différentes, dont la réunion ne donne pas une épaisseur plus considérable que celle de cette simple et unique lame celluleuse.

On s'est étonné que cette mince et délicate toile cellulaire pût devenir le siége de tumeurs phlegmoneuses d'un volume aussi considérable que celles que je vous décrirai comme y siégant effectivement, mais ceux qui nient la possibilité de la production de semblables tumeurs inflammatoires dans ce point, admettent pourtant que ces tumeurs phlegmoneuses peuvent se produire dans l'épaisseur des ligaments larges où le tissu cellulaire n'est pas plus abondant; puis, ne savons-nous pas quelles dimensions les tumeurs phlegmoneuses peuvent atteindre quand elles affectent une région pourvue d'un tissu cellulaire fin et lamelleux? Voyez les paupières; certes la couche de tissu cellulaire contenue dans leur épaisseur est aussi mince que celle que je vous montre en ce moment, et vous savez quelle énorme tuméfaction elle peut atteindre dans l'érysipèle phlegmoneux de la face.

Donc, étant admise la présence de la couche cel

luleuse en question, il n'y a aucun motif sérieux de contester la présence des phlegmons qui peuvent y siéger. — Mais c'est cette présence même qui est en question, et, pour ne laisser aucun doute dans vos esprits, je ne veux pas me borner à vous montrer une pièce préparée à l'avance, et sur laquelle vous pourriez croire qu'un artifice de dissection m'a permis de dénaturer ce qui existe en réalité. — J'ai fait mettre de côté les organes génitaux d'une jeune femme, morte hier de phthisie pulmonaire, dans un état d'émaciation assez avancé pour que la présence de tissu adipeux ne vienne pas augmenter l'épaisseur des couches de tissu conjonctif, et, sur cette pièce encore, quelques coups de bistouri suffisent pour séparer le péritoine du rectum et me permettre de vous faire voir, au-dessous de cette membrane, accolée à la face postérieure du vagin et du col de l'utérus, une lame de tissu cellulaire que je puis disséquer en la détachant du vagin et qui vient se perdre ou pour mieux dire s'insérer sur la face postérieure du col de l'utérus, entre les points où le péritoine, en haut, et le vagin, en bas, n'en peuvent plus être séparés par la dissection. Cette couche de tissu cellulaire est parfaitement représentée dans une figure de A. Farre que, pour compléter ma démonstration, je tiens à mettre sous vos yeux. Elle se trouve du reste déjà reproduite dans le livre de M. Courty (1) et dans celui de Barnes (2).

Ce tissu conjonctif qui, plus bas, était fin et lamelleux, devient plus dense, plus serré au contact de l'utérus ; là, il prend un aspect tout à fait fibreux et il se

(1) Courty, *loc. cit.*, p. 11, fig. 7.
(2) Barnes, *loc. cit.*, p. 24, fig. 11.

prolonge, en contournant les bords latéraux, jusqu'à la partie antérieure, où la lame interposée entre la vessie et la face antérieure prend les mêmes caractères, tout en étant plus étendue en hauteur. — Il en résulte qu'à ce niveau le col de l'utérus est embrassé par une véritable zone de tissu connectif condensé, de tissu véritablement fibreux, qui forme autour de lui un anneau, plns épais à sa partie antérieure, c'est-à-dire un anneau ayant la forme d'une bague chevalière, dont le chaton serait dirigé en avant. — C'est ce que Aran a fort judicieusement appelé l'*axe suspenseur de l'utérus,* parce que tous les ligaments qui soutiennent l'organe viennent prendre leur insertion sur cette zone de tissu fibreux.



Fig. 4. — Coupe verticale antéro-postérieure de l'utérus (d'après A. Farre) (*).

Courty, envisageant séparément chacune de ses moitiés latérales, lui a donné le nom de double demi-anneau suspenseur, mais en réalité c'est un véritable anneau, parfaitement com-

(*) *i*, isthme séparant la cavité du corps de celle du col. — *a*, lèvre antérieure du museau de tanche. — *p*, lèvre postérieure. — *f*, sinus ou cul-de-sac postérieur vagino-utérin. — *va*, *va*, vagin. — *b*, *b*, adhérences de la vessie urinaire à la face antérieure du col utérin. — *r*, réflexion du péritoine de la face postérieure de l'utérus et du vagin sur le rectum. — *c*, point de départ des ligaments suspenseurs utéro-lombaires. — Le tissu cellulaire rétro-utérin occupe tout l'espace compris entre les points *c*, *r*, *f*.

plet, car aucune solution de continuité n'existe entre chacune des parties latérales, et, bien au contraire, il se renforce sur la ligne médiane par l'entre-croisement des fibres qui passent d'un côté à l'autre.

C'est sur cet axe suspenseur que prennent insertion presque tous — à la rigueur même, je pourrais dire tous — les ligaments destinés à soutenir l'utérus et à le fixer dans la situation d'équilibre fort instable qu'il occupe. Ces moyens de fixité sont : en avant les tractus cellulo-fibreux étendus de la face antérieure qui représenterait le chaton de la bague, au bas-fond de la vessie ; en arrière les ligaments utéro-sacrés, que M. Huguier propose d'appeler *utéro-lombo-sacrés*, car ils s'insèrent à la partie antérieure et latérale du corps de la dernière vertèbre lombaire aussi bien que des premières sacrées; latéralement les ligaments larges; inférieurement le vagin qui, à l'état physiologique, forme, non pas un conduit, mais une sorte de colonne musculeuse servant de support à l'utérus. Le seul ligament qui prenne insertion sur un autre point est le ligament rond, rattachant le fond de l'utérus à la paroi antérieure du bassin; mais, comme ce ligament est situé lui-même dans l'épaisseur du ligament large, dont il occupe l'aileron antérieur, il peut parfaitement n'être considéré que comme une sorte de diverticulum de ce ligament large, qui prend lui aussi des insertions sur l'anneau fibreux suspenseur dont nous nous occupons.

Je vous disais, il y a un instant, Messieurs, que l'utérus pourrait, à première vue, être divisé en deux segments, situés l'un dans l'abdomen, où il est revêtu par le péritoine, c'est le corps; l'autre dans le vagin,

où il est revêtu par la muqueuse vaginale, c'est le col. Mais vous voyez qu'un examen plus attentif nous fait découvrir une troisième section, intermédiaire aux deux autres, qui n'est ni dans le vagin, ni dans la cavité péritonéale, et qui est, non pas revêtue par une membrane d'enveloppe, mais entourée par une zone de tissu cellulaire connectif.

Cette portion intermédiaire de l'organe qui fait plutôt partie du col que du corps et qui est connue sous le nom de portion sus-vaginale du col, joue un grand rôle, aussi bien dans la physiologie que dans la pathologie de la matrice.

C'est par elle que l'utérus est soutenu et rattaché aux organes voisins, grâce au tissu connectif, dont je viens de vous entretenir, et qui, en se condensant, fournit un point d'appui suffisant à ses divers ligaments.

C'est de toutes les parties de l'utérus la seule dont la situation puisse être considérée comme à peu près fixe et invariable.

La matrice ayant sa grosse extrémité en haut et ses points de suspension sur son extrémité inférieure, se trouve, pour ainsi dire, en état d'équilibre instable et exposée à pivoter autour de cet anneau suspenseur qui l'embrasse et l'étreint au niveau de la réunion de son corps et de son col. Mais, tandis que la partie inférieure du col subit l'impulsion qui lui est donnée par chaque mouvement imprimé au corps, et fait un mouvement en sens inverse, la portion intermédiaire, celle qui correspond à l'anneau suspenseur, ne se ressent en aucune façon de ce mouvement, dont elle est le pivot ou le centre, et sa situation n'en est nullement modifiée.

Cette extrême mobilité n'empêche pas l'utérus d'occuper une position à peu près fixe dans le bassin, et nous allons chercher à déterminer quelle est cette position à l'état normal ; mais auparavant il importe que nous soyons fixés sur la direction normale de l'organe, envisagé isolément, indépendamment des parties environnantes, c'est-à-dire sur le rapport qu'affectent réciproquement entre elles les deux parties constituantes de l'utérus, le col et le corps.

Il était généralement admis que l'axe de l'utérus devait être considéré comme à peu près rectiligne lorsque, dans la discussion qui eut lieu, en 1849, à l'Académie de médecine sur les *déviations utérines*, Velpeau (1) déclara qu'il avait fort souvent trouvé sur le cadavre l'utérus infléchi en avant, et que cet état d'antéflexion pourrait bien être sa direction physiologique et normale. Peu de temps après, deux de ses élèves, Piachaud (2) en 1852 et Boullard (3) en 1853, confirmèrent cette donnée ; le dernier, dans une thèse qui fut fort remarquée et dont les conclusions reposent sur cent sept observations, crut pouvoir établir, comme un fait anatomique certain, que l'utérus est toujours antéfléchi chez le fœtus, chez l'enfant et chez la vierge, et qu'il ne se redresse que sous l'influence des rapport sexuels, ou mieux encore des accouchements.

Il y avait là une exagération qui dut être rectifiée. En ce qui concerne le fœtus et l'enfant nouveau-né, comme le col forme à lui seul plus de trois quarts de

(1) Velpeau, *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1849-50, t. XV, p. 72.
(2) Piachaud, *Les déviations de l'utérus à l'état de vacuité*. Thèse de Paris, 1852.
(3) Boullard, *Quelques mots sur l'utérus*. Thèse de Paris, 1853.

l'organe, et que le corps est représenté par une simple membrane, molle et flottante, il en résulte que cette membrane n'affecte par elle-même aucune position fixe et permanente, mais qu'elle suit les mouvements des organes voisins, auxquels la viscosité péritonéale la fait adhérer plus ou moins intimement. De telle sorte que si, après l'ouverture de l'abdomen, on attire la vessie en avant, pour examiner l'utérus, le corps de ce dernier, demeuré adhérent à la face postérieure de la vessie, se porte en avant en même temps qu'elle, et forme avec le col un angle à sinus antérieur, qui disparaît lorsque la vessie reprend sa place dans le bassin. Le fait a été démontré devant la Société anatomique (1).

D'un autre côté, il a été également établi que, plus tard, chez la petite fille impubère ou chez la vierge menstruée, le corps de l'utérus est, non pas fléchi de façon à former un angle véritable avec le col, mais recourbé en avant. Cette incurvation ne saurait plus être mise en doute par un observateur sérieux, et elle est si généralement admise que c'est elle qui a déterminé la forme assignée par Huguier et Valleix à leur hystéromètre.

Cette antécourbure ne persiste pas, et les rapports sexuels ne paraissent pas, contrairement à l'opinion de Boullard, avoir d'influence sur cette direction de l'utérus; les grossesses répétées au contraire la modifient très-sensiblement. Chez des femmes unipares ou multipares, l'utérus peut encore rester plus ou moins courbé en avant, mais le plus ordinairement

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, t. XXIX, p. 51, 1854. Voir la *discussion* et les diverses présentations relatives à ce point d'anatomie.

sa direction devient à peu près rectiligne, et l'antécourbure disparaît.

Dans tous ces cas, nous n'avons parlé que de ce que l'on rencontre à l'état physiologique; plus tard, nous examinerons les changements de direction déterminés par un état morbide.

Chez le fœtus, l'utérus est dans la cavité abdominale ; chez l'enfant, il descend peu à peu dans le bassin, et, à la puberté, le fond de l'organe est un peu au-dessous du plan du détroit supérieur du bassin (*fig.* 5); à la palpation seule, il ne peut donc être senti, à moins de grossesse ou d'état pathologique.

Dans les premières éditions de son *Traité d'anatomie*, et plus tard, à la tribune de l'Académie de médecine, M. Cruveilhier a prétendu que l'utérus n'a pas de situation normale fixe ; cette assertion ne pouvait être défendue ; car le plus simple examen permettait de la réfuter. Il suffit en effet d'une exploration, faite sur le vivant comme sur le cadavre, pour permettre de reconnaître que, malgré la facilité avec laquelle il peut se mouvoir dans des limites assez étendues, l'utérus occupe habituellement dans le bassin une position telle que son col est dirigé en arrière dans la concavité du sacrum, tandis que son corps est un peu incliné en avant. Il n'est donc pas situé perpendiculairement à la ligne de terre, mais sa direction est à peu près celle de l'axe du détroit supérieur du bassin, qui coupe l'axe de l'abdomen sous un angle de 55° à 60°. Il fait avec le vagin un angle obtus, ouvert en avant.

Sa direction s'ajoute donc à son antécourbure pour rendre plus sensible son inclinaison en avant, qui a pu

souvent être prise pour un état morbide, avant qu'on fût bien fixé sur sa situation véritable. Lorsqu'elle



Fig. 5. — Coupe antéro-postérieure du bassin, montrant la situation et la direction de l'utérus ainsi que ses rapports avec les organes voisins (*).

dépasse certaines limites que nous déterminerons plus tard, elle cesse d'être physiologique pour devenir morbide.

(*) S, symphyse du pubis. — I, promontoire du sacrum. — M, utérus. — P, péritoine. — AM, axe du détroit supérieur du bassin. — DT, plan du détroit inférieur.

Le fait important à retenir pour le moment, c'est que l'axe de l'utérus se rapproche le plus possible de l'axe du détroit supérieur et que, non pas seulement par les progrès de l'âge, mais surtout à la suite des grossesses, il tend à se redresser et à se rapprocher un peu de la verticale.

A l'état physiologique, l'inclinaison de l'utérus peut donc varier dans de certaines limites. Plusieurs auteurs, entre autres Malgaigne et Sappey, ont bien fait ressortir l'influence que les organes voisins exercent sur sa position.

L'état de vacuité ou de réplétion de la vessie peut porter l'utérus en avant ou en arrière ; les mêmes conditions pour le rectum n'auraient, d'après Sappey, qu'une très-faible action; mais la pression des viscères abdominaux, attestée par l'impression que laissent sur l'utérus les circonvolutions intestinales, le porterait sensiblement en avant.

Sur les cadavres congelés, M. Le Gendre (1) a constaté aussi qu'un développement plus ou moins grand de la vessie ou du rectum peut produire un déplacement de l'utérus en totalité, en arrière ou en avant, mais sans exercer d'influence sur la direction même qu'affectent entre elles les deux parties de l'organe.

L'axe de l'utérus n'est pas directement situé dans le plan médian antéro-postérieur du corps. En général, il est un peu incliné à droite ; ce qui peut dépendre soit d'une disposition congéniale, soit de la présence du rectum à gauche; la constipation, étant l'état habituel de beaucoup de femmes, pourrait y

(1) Le Gendre, *Anatomie chirurgicale homalographique*. Paris, 1858.

contribuer ; cette inclinaison latérale est celle, du reste, que l'on trouve le plus ordinairement dans l'utérus gravide.

Le raccourcissement congénial des ligaments de suspension de l'utérus a été signalé dans quelques cas ; les modifications qui en résultent pour la direction de l'organe constituent alors une simple difformité de naissance qui, suivant les cas, peut ou troubler notablement les fonctions physiologiques de la matrice, ou n'avoir sur elles aucune influence.

Les limites de la portion intermédiaire, située entre le col et le corps de l'utérus, sont assez difficiles à établir lorsqu'on examine l'organe à l'extérieur, mais elles sont très-nettes et distinctes à l'intérieur. — En effet, si l'on examine la cavité d'un utérus en faisant une coupe longitudinale le long des bords latéraux de l'organe, on voit que cette cavité se subdivise en deux portions — l'une triangulaire, correspondant au corps, l'autre fusiforme, correspondant au col — mais que ces deux cavités distinctes sont séparées, ou pour mieux dire réunies, par une portion étranglée qui est, non pas un simple orifice de communication, mais un véritable canal, une sorte de défilé de 5 à 11 millimètres de longueur. C'est l'*isthme* ou portion intermédiaire au col et au corps, qui correspond assez exactement à la partie de l'organe qui, extérieurement, n'est directement en contact ni avec le péritoine ni avec le vagin, et donne insertion aux fibres de tissu connectif qui forment l'anneau suspenseur de l'utérus.

La cavité du corps est triangulaire, sa forme présente, du reste, des différences suivant qu'on l'examine chez une nullipare ou chez une multipare (*fig.* 2, page 81) :

chez la première, la forme triangulaire est très-accentuée, tandis que, chez la seconde, elle est plus ou moins altérée en ce que les angles paraissent émoussés et que les côtés sont plutôt arrondis que rectilignes.

Aux trois angles du triangle correspondent trois orifices : deux supérieurs situés au niveau de l'embouchure des trompes ; un inférieur, marquant d'une manière très-nette la limite entre la cavité du corps et celle du col, ou le commencement du canal intermédiaire à la cavité du corps et à celle du col.

La cavité du corps est tapissée par une muqueuse dont l'existence a été longtemps méconnue ; son épaisseur est de 3 à 6 millimètres ; elle est lisse et revêtue d'épithélium cylindrique, à cils vibratiles. Avant de connaître le sens du mouvement qui résulte de leurs contractions, on avait songé à faire jouer un certain rôle à ces prolongements vibratiles de l'épithélium dans l'ascension des spermatozoaires. Mais il est prouvé que les cils de la trompe et de l'utérus chassent de dedans en dehors, et que les spermatozoïdes doivent remonter, et sont capables de remonter le courant muqueux jusqu'à l'ovaire. La muqueuse utérine, très-adhérente, confondue avec le tissu musculaire par sa face profonde, renferme des follicules flexueux, terminés en cul-de-sac, simples ou bilobés, et s'ouvrant à la surface, par un orifice un peu élargi en godet. Entre les follicules, on trouve un tissu composé de fibres de tissu connectif, les unes complétement développées, les autres à l'état de corps fusiformes. — Ch. Robin signale encore la présence de matière amorphe abondante, de noyaux embryo-plastiques, et

enfin de grosses cellules particulières, semblables à celles de l'ovisac, qui se développent beaucoup pendant la grossesse. La muqueuse est parcourue par des réseaux capillaires d'artérioles et de veinules spiroïdes. Ses éléments sont de ceux qui en peu de temps peuvent se multiplier considérablement.

Au niveau de l'embouchure des trompes, la muqueuse va en s'amincissant; il en est de même quand elle s'approche de l'orifice interne du col.

L'orifice des trompes dans l'utérus (*ostium uterinum*) est tellement étroit qu'il est difficile d'y pénétrer avec un fil de soie, sur le cadavre (*fig.* 2); aussi comprend-on peu le conseil donné par M. Tyler Smith de cathétériser les trompes pendant la vie.

La cavité du col est fusiforme, un peu aplatie d'avant en arrière, ce qui permet de lui considérer deux parois dont la face interne est parcourue de haut en bas par une saillie verticale. De chacune de ces colonnes, auxquelles on a donné le nom d'*arbres de vie*, partent latéralement des tractus qui s'en détachent obliquement comme les barbes d'une plume et qui s'imbriquent les uns sur les autres, formant des espèces de valvules dans les replis desquelles vient souvent heurter la sonde, lorsqu'on pratique le cathétérisme. M. Félix Guyon (1) a fait voir que ces parois ne se superposent pas exactement l'une sur l'autre dans le col, comme cela a lieu au niveau de la cavité du corps, où on les rencontre également, mais qu'elles s'emboîtent réciproquement, particulièrement dans la traversée de l'isthme. Les deux arbres de vie, qui ne

(1) F. Guyon, *Études sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité.* Thèse de Paris, 1858.

commencent qu'à quelques millimètres au-dessus de l'orifice externe du col, sont disposés de la façon suivante : ils se trouvent inférieurement l'un et l'autre sur la ligne médiane ; mais, à mesure qu'ils se rapprochent de la partie supérieure du col, en faisant une saillie de plus en plus marquée, ils se dévient latéralement, le postérieur se portant vers la gauche, l'antérieur vers la droite, et c'est surtout dans la traversée de l'isthme qu'ils sont juxtaposés l'un à côté de l'autre, s'emboîtant, comme on l'a dit, de façon à rendre plus difficile la pénétration d'un cathéter à travers le conduit qu'ils oblitèrent en partie.

La cavité du col est tapissée par une muqueuse plus mince, moins rosée, encore plus adhérente au tissu utérin que celle du corps. Les glandes sont de deux ordres : les unes sont de simples follicules ; les autres appartiennent aux glandes en grappes et sont, suivant Ch. Robin, constituées par un ou deux acini. Elles sécrètent un liquide épais, très-visqueux, alcalin ; en s'accumulant, ce mucus forme, au niveau de la cavité du col, un bouchon gélatineux, qu'on rencontre particulièrement pendant la grossesse. Ces glandes s'engorgent quelquefois et donnent lieu alors à des kystes désignés sous le nom d'*œufs de Naboth*, qui, dans certains cas, peuvent devenir volumineux. Quand ces kystes se pédiculisent, ils forment les *polypes folliculaires de l'utérus*, décrits par M. Huguier.

La portion intermédiaire, ou *isthme* de l'utérus, que Bennet (1) nous a décrit sous le nom d'orifice in-

(1) Bennet, *Des ulcérations et des engorgements du col utérin*. Paris, 1843 et *Traité de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*. Trad. par M. Peter. Paris, 1864.

terne du col, est un conduit, très-étroit chez la jeune fille, plus large chez la femme qui a eu des enfants, et qui se rétrécit après la ménopause ; chez les femmes âgées, il est assez fréquent de le trouver complétement oblitéré. M. Félix Guyon, sur vingt utérus qu'il a examinés à ce point de vue, a trouvé 13 fois l'orifice oblitéré ; M. Sappey a constaté ce phénomène dans la proportion de 2 sur 10, résultat qui tient probablement à ce que cet anatomiste employait, pour faire ses injections, le mercure, liquide beaucoup plus pénétrant que celui dont M. Félix Guyon avait fait usage.

Quoi qu'il en soit, si on fait abstraction des femmes avancées en âge, on peut dire qu'il est ordinairement facile de pénétrer dans la cavité utérine avec un cathéter.

L'orifice externe ou vaginal est très-variable (*fig.* 6);



Fig. 6. — Différence du col de l'utérus et de son orifice externe suivant que la femme a eu ou non des enfants. — *a* et *c*, col de nullipare. — *b* et *c'*, col de femme qui a eu des enfants.

chez la fille vierge, cet orifice est étroit et représente une ouverture circulaire ou une fente transversale très-régulière; chez la multipare, au contraire, on trouve une fente béante, irrégulière, de laquelle partent des rayons cicatriciels, résultat des dilacérations qui se sont produites dans les accouchements antérieurs.

Le vagin, conduit musculo-membraneux, dans le-

quel vient s'ouvrir l'orifice externe du col, nous offre à étudier quelques particularités intéressantes. Vous remarquerez d'abord que ce conduit n'est pas béant, mais que ses parois sont habituellement en contact, de façon à constituer une véritable colonne charnue, qui sert de support à l'utérus. — Ces parois, assez extensibles, ne s'écartent que pour livrer passage à des corps venus soit de l'extérieur, comme l'organe copulateur ou les instruments chirurgicaux, soit de l'intérieur, comme le fœtus. Le rapprochement de ces parois se fait par suite d'une sorte d'aplatissement d'avant en arrière, qui met en contact l'une avec l'autre la paroi antérieure et la paroi postérieure, tandis que les bords latéraux restent éloignés. — Sur la muqueuse qui tapisse ce conduit on trouve des saillies papillaires, plus marquées à la partie inférieure qu'à la partie supérieure, et un épithélium pavimenteux stratifié dont la desquamation donne un liquide acide.

Les anatomistes ne sont pas d'accord sur la question de savoir si ce liquide ne peut pas être, au moins pour une certaine partie, considéré comme le produit d'une sécrétion glandulaire. — Huschke (1) a décrit de nombreuses glandes mucipares dans la muqueuse vaginale, et A. Guérin (2) admet théoriquement leur existence sans cependant l'avoir constatée lui-même *de visu*. Sappey (3), au contraire, affirme que ces glandes n'existent pas, et son opinion paraît être aujourd'hui généralement admise par tous ceux qui

(1) Huschke, *Traité de splanchnologie*. Paris, 1845.
(2) A. Guérin, *Leçons sur les maladies des organes génitaux externes de la femme*. Paris, 1864.
(3) Sappey, *Traité d'anatomie descriptive*, 2e édition, tome IV.

se sont occupés de cette question. Ainsi un histologiste fort distingué, M. Grancher, me disait tout dernièrement encore qu'il avait bien souvent, et toujours inutilement, cherché à découvrir les follicules mucipares de la muqueuse vaginale et qu'il la considère comme complétement dépourvue d'un appareil sécréteur glandulaire quelconque.

Cette muqueuse est d'un rose pâle, ses papilles sont disposées de façon à former des lignes transversales, coupées perpendiculairement par une saillie plus prononcée qui règne au milieu et sur toute la longueur de chacune des deux parois, antérieure et postérieure, du vagin. Cependant cette saillie médiane est plus prononcée sur la paroi antérieure où elle se termine inférieurement par un petit tubercule saillant, situé immédiatement au-dessous de l'orifice du méat urinaire, et qui sert de point de repère pour indiquer la situation de cet orifice lorsqu'on veut pratiquer le cathétérisme de la vessie sans mettre la vulve à découvert.

Au-dessous du derme muqueux il existe une couche fibro-élastique qui est assez mince et constituée par des fibres musculaires lisses qui, d'après Sappey, formeraient les deux tiers de l'épaisseur totale des parois du vagin. A la partie supérieure, ces fibres musculaires vont se perdre dans les tissus environnants, mais à la partie inférieure elles forment une couche régulière qu'on peut même distinguer d'après la direction des fibres en deux lames, l'une superficielle à direction longitudinale et l'autre profonde à direction circulaire.

A l'entrée du vagin, au niveau de l'anneau vulvaire,

cette couche circulaire s'épaissit, vient entourer le bulbe du vagin et ajouter par sa contractilité à la résistance que possède cet orifice.

Enfin, en dehors de la couche musculaire se trouve une sorte de tunique fibro-vasculaire composée en grande partie de tissu cellulaire, dans lequel rampent les vaisseaux et nerfs qui vont se distribuer à la muqueuse.

Ce tissu cellulaire sépare le vagin du rectum, dont l'union est beaucoup plus intime à la partie inférieure que supérieurement, où l'écartement se prononce de plus en plus. Les tuniques de cette partie inférieure de l'intestin, adhérant ainsi intimement aux tissus qui constituent la partie postérieure du vagin, forment la cloison recto-vaginale. Le tissu cellulaire se continue en haut avec celui qui est interposé entre les lames du ligament large et celui qui entoure la partie inférieure de l'utérus.

La cloison vésico-vaginale est constituée en avant par l'interposition d'une lame de tissu cellulaire qui fait adhérer la vessie au vagin, de la même façon que la lame postérieure fait adhérer cet organe au rectum pour constituer la cloison recto-vaginale. Seulement le tissu cellulaire est, à la partie inférieure de la paroi antérieure, tellement dense et serré, que l'urèthre, qui continue en avant le bas-fond de la vessie, paraît être comme incrusté ou creusé dans l'épaisseur même du vagin.

On ne saurait préciser exactement d'une façon mathématique la longueur du vagin, car elle varie non-seulement chez les différentes femmes, mais encore chez un même sujet, en raison de la mobilité de l'u-

térus et de la dépressibilité du plancher périnéal. Cependant on peut admettre avec Dubois qu'elle est en général de 10 à 12 centimètres, mesurée de l'orifice vulvaire au col de la matrice. Mais il importe de ne pas oublier que la paroi postérieure est toujours plus longue que la paroi antérieure; la différence, qui a été évaluée à près de 3 centimètres chez les vierges, est beaucoup plus considérable chez les femmes qui ont eu des rapports sexuels. Il en résulte que les culs-de-sac vaginaux n'ont pas partout la même profondeur. Cette plus grande profondeur de certaines parties du repli vaginal, qui s'exagère par suite du refoulement dû à l'action de l'organe copulateur, constitue ce que M. Pajot a fort judicieusement appelé les *fausses routes vaginales* (1) dont la présence devient souvent une cause d'infécondité, en permettant à la liqueur spermatique d'être projetée, au moment de l'éjaculation, en un point assez éloigné de l'orifice du col utérin pour que l'imprégnation n'ait pas lieu.

L'extrémité antérieure du vagin, qui se termine à la vulve, est le point le plus rétréci en même temps que le moins dilatable de ce conduit. Il jouit d'une certaine élasticité contractile due à la présence, à son pourtour, d'organes musculaires et érectiles, et qui disparaît sous l'influence de dilatations ou trop répétées ou trop brusques, comme celles qui résultent soit de l'abus du coït, soit des déchirures produites pendant l'acte de l'accouchement. C'est à ce niveau que chez la fille vierge se trouve l'*hymen*, repli membraneux formé par un prolongement de la membrane

(1) Pajot, *Annales de Gynécologie*, 1875.

muqueuse et qui oblitère plus ou moins complétement l'entrée du vagin.

La forme, la disposition et l'épaisseur de cette membrane sont très-variables suivant les sujets. L'hymen est visible dès la naissance, mais chez les petites filles très-jeunes il est très-profondément situé, et ce n'est qu'en écartant largement les cuisses et les lèvres qu'on le découvre à 6 ou 8 millimètres de l'entrée de la vulve.

Les diverses espèces et variétés de forme de l'hymen peuvent être ramenées à trois principales :

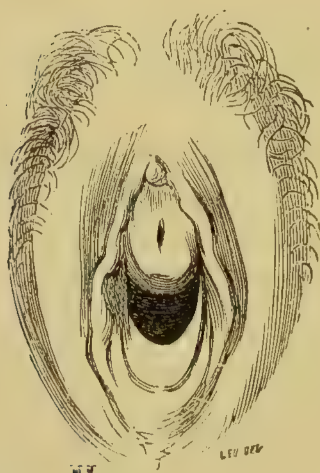


Fig. 7. — Hymen semi-lunaire.

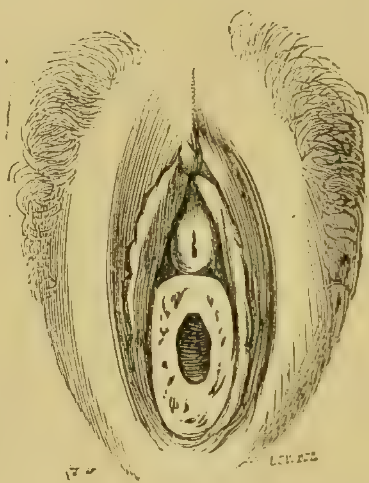


Fig. 8. — Hymen annulaire.

1° forme de croissant ou semi-lunaire qui, plus ou moins prononcée, est de beaucoup la plus fréquente (*fig.* 7) ; l'orifice dans ce cas se trouve à la partie supérieure et antérieure, le bord convexe est adhérent à toute la paroi postérieure de l'anneau vulvaire, le bord concavé tourné en avant et les deux extrémités vont en s'effilant à mesure qu'elles s'avancent sur les

parties latérales; 2° forme diaphragmatique ou annulaire (*fig.* 8), quand il existe une bandelette circulaire prenant insertion sur toute la circonférence de l'anneau vulvaire, avec orifice plus ou moins médian; 3° forme de fente linéaire verticale constituée par deux lèvres juxtaposées l'une à côté de l'autre (*fig.* 9).

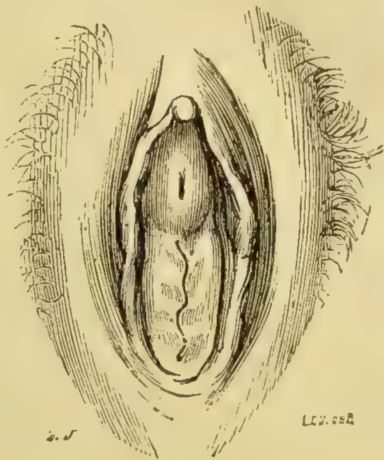


Fig. 9. — Hymen bilabié.

L'hymen peut aussi affecter la forme d'une simple bride allant d'un des bords de l'orifice vulvaire à l'autre, soit transversalement, soit, ce qui est plus rare, verticalement (*fig.* 10).

Quelquefois l'hymen n'est pas perforé et forme une membrane étendue au-devant de l'orifice du vagin qu'elle oblitère complétement. Mais c'est là un cas tout à fait exceptionnel, donnant lieu à des accidents pathologiques dont nous aurons à nous occuper plus tard.

L'épaisseur de l'hymen, ordinairement peu prononcée, est moindre sur son bord libre, qui est mince, que sur le bord adhérent qui peut avoir habituellement 2 à 3 millimètres. Cependant elle atteint quelquefois jusqu'à 5 et 6 millimètres et peut dans certains cas être un obstacle au coït.

L'hymen est avec raison considéré comme le signe matériel de la virginité. Cependant ce signe n'a pas une valeur aussi absolue qu'on pourrait être tenté de

le croire, parce que, d'une part, l'hymen peut n'exister qu'à l'état tout à fait rudimentaire et ne former qu'un repli circulaire ou falciforme à peine saillant et, par conséquent, à peine appréciable même chez des filles dans les organes génitaux desquelles n'aura pé-



Fig. 10. — Bride verticale remplaçant l'hymen (dessin emprunté à l'atlas inédit de M. Huguier).

nétré aucun corps étranger ; parce que, d'autre part, il peut présenter une élasticité telle qu'il se dilate sans se rompre pendant des rapprochements sexuels même réitérés ; parce qu'enfin sa rupture peut être le résultat de l'introduction dans les organes d'un corps dur et volumineux qui ne soit pas un membre viril. On reconnaît que la déchirure de l'hymen est récente

à son aspect rouge saignant, à la boursouflure des bords de la petite plaie, et ces caractères sont souvent précieux à recueillir en médecine légale dans les affaires de viol ou d'attentat à la pudeur ; lorsqu'il s'agit de déterminer si une défloration est réelle ou non, si elle est de date récente ou ancienne. Il existe une forme particulière de l'hymen qui peut mettre l'expert dans un grand embarras, et que pour cela je dois vous faire connaître. En général, le bord libre de l'hymen est net et régulier ; mais, d'autres fois, surtout dans

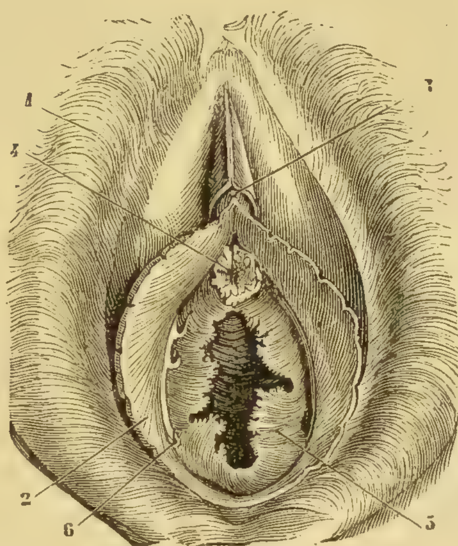


Fig. 11. — Hymen frangé. — 1, grandes lèvres ; 2, petites lèvres ; 3, clitoris ; 4, orifice de l'urèthre, entourée de franges analogues à celles de l'hymen ; 5, hymen ; 6, lacunes (d'après Luschka).

les hymens diaphragmatiques à orifice plus ou moins central, ce bord est irrégulier, frangé, déchiqueté, comme s'il avait été éraillé ou déchiré (*fig.* 11). On reconnaîtra que cet aspect est naturel et que dans tous les cas il n'est pas le résultat d'une déchirure récente,

à l'absence d'inflammation, de rougeur et d'épaississement de la membrane.

La rupture de l'hymen dans les premiers rapprochements sexuels se fait de façons fort diverses; le plus habituellement la membrane est déchirée et ses fragments forment les *caroncules myrtiformes* que l'on trouve aux parties postérieure et latérales de l'anneau vulvaire, ils sont au nombre de quatre à six et forment autant de petites saillies plus ou moins proéminentes au pourtour de la vulve.

D'autres fois l'hymen est simplement dilaté, son orifice s'élargit et, à la place des caroncules myrtiformes, on retrouve un simple repli de la muqueuse plus ou moins saillant, plus ou moins frangé sur son bord libre. D'autres fois, sous l'influence d'un effort plus énergique et mal dirigé, l'hymen, au lieu de se déchirer à partir de son centre, se rompt ou se décolle sur un de ses côtés. Je me rappelle avoir vu une femme dont l'hymen avait été décollé de ses insertions à la partie latérale droite de la vulve, et se retrouvait en entier, adhérent à gauche où il formait une membrane flottante présentant à son milieu une perte de substance ou orifice qui n'était autre chose que l'ouverture centrale de l'hymen, ce dont on pouvait facilement s'assurer en tendant cette membrane au-devant de la vulve pour lui rendre les rapports qu'elle affectait avant la défloration.

L'hymen, ou les caroncules myrtiformes qui en sont les vestiges, constituent la limite entre les organes génitaux externes et les organes génitaux internes. Extérieurement se trouve la vulve, composée de diverses parties essentielles qui sont : les grandes

et les petites lèvres, le clitoris avec ses annexes, le méat urinaire et des glandes diverses qui, au point de vue de la pathologie de cette région, jouent un rôle important.

Les *grandes lèvres* sont deux replis cutanés volumineux s'adossant par leur face interne pour ne laisser apercevoir qu'une fente longitudinale antéro-postérieure dans l'état de rapprochement des cuisses. Ces bourrelets commencent en avant sur le pénil ou mont de Vénus et, en se réunissant à la partie postérieure et médiane au-devant du périnée, forment un repli, une commissure mince qui limite en bas l'entrée de la vulve, c'est la *fourchette*, qui se rompt fréquemment dans les efforts laborieux de l'accouchement. En avant de la fourchette se trouve une petite dépression qui la sépare de l'entrée du vagin ou de l'insertion de l'hymen, c'est la *fosse naviculaire*. La face externe et le bord antérieur des grandes lèvres sont recouverts de poils qui deviennent d'autant moins abondants qu'on se rapproche davantage de la partie inférieure. Cette face externe est convexe et arrondie, la face interne est plane. Sur ces deux faces planes appliquées l'une contre l'autre et dépourvues de poils, le tégument commence à prendre les caractères d'une muqueuse.

La coloration y est généralement rosée, mais elle est souvent modifiée par la présence d'une assez grande quantité de pigment qui donne à la surface tégumentaire de toute cette région une couleur d'un brun plus ou moins foncé. Immédiatement au-dessous de la peau les anatomistes décrivent une couche de fibres musculaires lisses, minces, adhérentes, qui

sont l'analogue du dartos chez l'homme, et dans leur épaisseur un certain nombre de lamelles aponévrotiques élastiques séparées par du tissu cellulo-graisseux, qui leur donne et maintient constamment leur forme. Les lamelles élastiques sont disposées de façon à constituer une sorte de sac ouvert à sa partie supérieure par laquelle pénètre l'extrémité du ligament rond, cette espèce de sac a une grosse extrémité tournée en bas et en dedans toujours remplie de graisse, qui donne aux grandes lèvres leur fermeté.

En dedans des grandes lèvres et immédiatement de chaque côté de la ligne médiane et de la fente vulvaire sont : les *petites lèvres* ou *nymphes*, ce sont deux replis muqueux de couleur rosée, et recouverts de nombreuses papilles qui en font des organes d'une sensibilité très-développée. Leur longueur est variable, et ordinairement en raison directe des excitations plus ou moins répétées et des tiraillements qu'elles ont subies ; mais à l'état normal elles doivent être entièrement recouvertes par les grandes lèvres. Chez certaines peuplades de l'Afrique, leurs dimensions exagérées peuvent atteindre 15 à 18 centimètres, elles constituent alors ce qu'on appelle le *tablier des Hottentotes*.

Leur extrémité postérieure se perd insensiblement sur les parois de la vulve. Leur extrémité antérieure se bifurque, et chacune de ces bifurcations va se réunir sur la ligne médiane à celle du côté opposé ; l'inférieure s'insère à la partie inférieure du clitoris pour se confondre avec lui, la supérieure passe au-dessus du clitoris et forme avec celle du côté opposé une enveloppe qui recouvre le clitoris en lui formant

une sorte de *capuchon*, ou de *prépuce;* ce prépuce du clitoris est recouvert comme toute la muqueuse des petites lèvres et la face interne des grandes d'un épithélium pavimenteux, stratifié; on y trouve aussi des papilles nombreuses et très-développées.

Le *clitoris* dans sa partie libre a ordinairement une longueur de 3 à 4 millimètres. Au-dessous de lui se trouve une surface triangulaire plane dont il forme le sommet, la base se trouvant à la partie postérieure, et les côtés étant limités par les petites lèvres, c'est cet espace triangulaire qui forme le *vestibule de la vulve.*

Le *méat urinaire* est situé à la base du vestibule, immédiatement au-dessus de l'orifice et du tubercule antérieur du vagin; à son pourtour on aperçoit quelques petits pertuis qui sont des orifices de sinus muqueux quelquefois très-profonds.

L'aspect général des organes génitaux externes offre des variétés suivant l'âge et les habitudes de la femme et peut fournir au médecin légiste des signes importants.

Chez les jeunes filles bien portantes et d'une bonne constitution, les grandes lèvres, peu épaisses, mais fermes, lisses, vermeilles, sont appliquées l'une contre l'autre de manière à cacher les petites lèvres et le clitoris, à fermer l'orifice de la vulve et à ne laisser entre elles qu'une fente longitudinale.

Des petites lèvres saillantes, un clitoris volumineux dépassant le prépuce, qui est lui-même plus développé, sont l'indice d'attouchements réitérés sur ces parties et souvent l'effet de la masturbation. Cependant il est bon que vous sachiez que chez les tout jeunes enfants âgés de quatre ans ou au-dessous, la partie supérieure

de la vulve, constituée par le clitoris et les petites lèvres, fait normalement une certaine saillie entre les grandes lèvres écartées, et il ne faudrait pas confondre cette disposition, normale à cet âge, avec celle qui est, à une époque plus avancée de la vie, la conséquence d'habitudes de masturbation. C'est un point sur lequel M. Devergie a, avec beaucoup de raison, attiré l'attention des médecins légistes (1).

Chez la femme qui a eu des enfants, la fourchette a été le plus souvent déchirée, et la vulve reste largement béante en arrière et en bas.

Aux organes génitaux externes sont annexées un certain nombre de *glandes*, qui doivent tout particulièrement attirer notre attention. Plus que tout autre, Huguier les a étudiées avec soin (2), et c'est sur la description qu'il en a donnée que je veux me guider pour vous les faire connaître. Il divise l'appareil sécréteur de la vulve en follicules sébacés, follicules pilifères et organes mucipares.

Les follicules sébacés occupent la région du pénil, des grandes et des petites lèvres, les plis génito-cruraux, et se trouvent surtout en grand nombre sur les petites lèvres ; ce sont de petites glandes du volume d'un grain de millet, gris jaunâtre, qui, sécrètent une matière onctueuse, épaisse et d'une odeur des plus pénétrantes. Elles entretiennent la

(1) Devergie, *Traité de médecine légale théorique et pratique*, 3e édit., 1852, t. I, p. 532.

(2) Huguier, *Mémoire sur les appareils sécréteurs des organes génitaux externes, chez la femme et chez les animaux* (*Ann. des Sciences naturelles, Zoologie*, 1850). — *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1850, tome XV, p. 527).

souplesse, la sensibilité des organes génitaux externes qu'elles lubrifient, les empêchent de contracter des adhérences entre eux et les préservent de l'action irritante de l'urine et des liquides utéro-vaginaux.

Les glandes pilifères sont annexées, comme leur nom l'indique, aux bulbes pileux. Entre toutes les parties du système cutané qui sont recouvertes de poils, la région pubienne est celle où l'on voit les plus grosses glandes sébacées s'ouvrir dans les plus gros bulbes pileux; on trouve aussi, à la base des follicules pileux et les entourant en partie, des glandes sudorifères remarquables par leur nombre et leurs dimensions, — les divers follicules peuvent être le siége de nombreuses maladies de l'appareil génital résultant soit de leur inflammation, soit de la rétention du produit sécrété.

Les organes mucipares sont divisés par Huguier en deux classes : — 1° les glandes isolées qu'on trouve disposées par groupes sur le vestibule de la vulve, au nombre de 8 à 10, autour du méat urinaire et sur les parties latérales de l'entrée du vagin. Ce sont de simples cryptes muqueux renfermant une matière visqueuse, incolore, destinée à lubrifier les parties. Plusieurs anatomistes leur refusent le nom de glandes.

2° Les glandes agminées ou glandes vulvo-vaginales, au nombre de deux, une de chaque côté, qui offrent une plus grande importance et ont été étudiées par divers auteurs avec le plus grand soin.

Découverte par Duverney chez la vache, décrite pour la première fois par Bartholin chez la femme, la glande *vulvo-vaginale* est une glande en grappe composée qui contient des lobes, des lobules, des granulations, dont le produit de sécrétion est conduit à la

vulve par un canal excréteur commun (*fig.* 12). Elle a le volume et la forme d'une amande d'abricot et ressemble à la glande lacrymale sous ces deux rapports. Elle est située sur les limites de la vulve et du vagin,

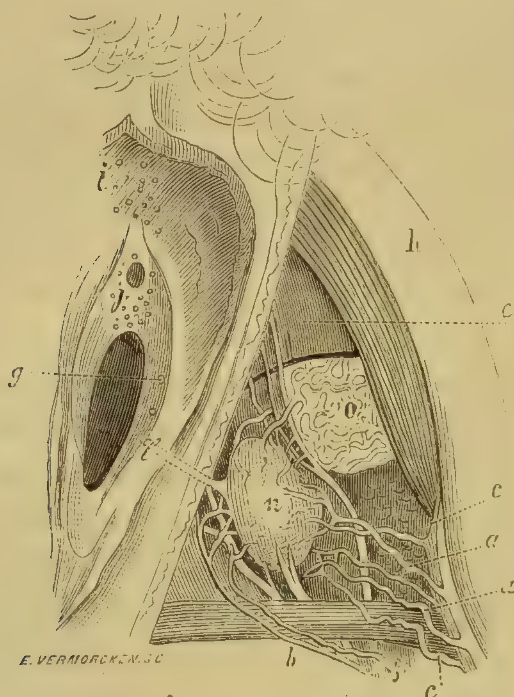


Fig. 12. — Appareils sécréteurs de la vulve, d'après Huguier (*).

à 1 centimètre environ au-dessus de la face supérieure de l'hymen ou des caroncules myrtiformes, dans cet espace triangulaire formé de chaque côté

(*) Cette figure représente la glande vulvo-vaginale avec ses vaisseaux et ses nerfs, ainsi que les follicules de la vulve. — Les deux tiers externes de la grande lèvre gauche, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle du périnée et le muscle constricteur du vagin du même côté sont enlevés : *a,a*, les deux artères principales de la glande ; *b,f*, quelques rameaux venant de l'artère périnéale ; *c,c*, les veines ; *g*, follicules latéraux de l'entrée du vagin ; *h*, branche ascendante de l'ischion ; *i*, follicules du vestibule ; *j*, follicules du pourtour de l'urèthre ; *l*, orifice excréteur de la glande vulvo-vaginale ; *n*, la glande ; *o*, bulbe du vagin.

par l'adossement du rectum et du vagin, entre les deux lames aponévrotiques moyenne et superficielle du périnée. En introduisant le doigt indicateur par le vagin et en plaçant le pouce sur le bord inférieur de la grande lèvre, on peut très-bien, chez la plupart des femmes, apprécier son volume à travers les téguments. On sent alors, en pressant légèrement, une résistance analogue à celle que donnerait un ganglion lymphatique non hypertrophié (Richet) et roulant sous le doigt.

Cette glande a en moyenne de 13 à 16 millimètres de diamètre, mais il n'est pas rare de la voir très-développée d'un côté et très-peu de l'autre. C'est de 16 à 38 ans qu'elle offre son plus grand volume, qui paraît être influencé par des excitations sexuelles répétées. Huguier admet que le volume de cette glande est en rapport direct avec celui des ovaires et du clitoris. Ses vaisseaux et ses nerfs viennent des mêmes sources que ceux qui se rendent à la muqueuse de l'orifice vulvo-vaginal et au corps érectile excitateur ; aucune stimulation, aucun attouchement ne saurait donc être porté sur ces parties sans se faire sentir immédiatement sur l'organe glanduleux (Huguier).

Son conduit excréteur, long de 9 à 13 millimètres à l'état normal, mais qui peut atteindre 27 millimètres, part de son extrémité antérieure ; il se dirige en haut, en avant et en dedans et vient s'ouvrir à la vulve, par un orifice d'un demi-millimètre de diamètre, au-devant de l'hymen ou des caroncules myrtiformes, à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs des parties latérales de l'orifice du vagin. Très-souvent cet orifice est entouré d'un cercle

vasculaire qui, par sa couleur rouge vif, tranche sur les parties environnantes. Pour l'apercevoir, il faut rejeter en dedans l'hymen ou les caroncules qui le recouvrent, en même temps qu'on attire la muqueuse de la vulve en bas et en dehors.

Au moment du coït ces glandes sécrètent en abondance un liquide visqueux incolore. La matière sécrétée ne prend un aspect blanchâtre ou puriforme que dans les cas de maladie de la glande ou de ses conduits. C'est dans ces conduits aussi bien que dans ceux des cryptes entourant le méat urinaire que se réfugient souvent les derniers vestiges de l'inflammation blennorrhagique virulente.

Après avoir ainsi parcouru toute la série des organes génitaux situés au-dessous de l'utérus, que nous avons considéré comme le centre ou l'aboutissant de tout le système, voyons maintenant quels sont ceux qui se retrouvent au-dessus de lui, plus profondément situés du côté de la cavité abdominale.

Les orifices situés aux angles supérieurs de la cavité du corps de l'utérus, font communiquer cette cavité avec celles des *trompes* ou *oviductes*.

La trompe est un canal qui part du bord supérieur de l'utérus et se termine par un pavillon évasé, présentant des dentelures, au niveau desquelles la muqueuse est en continuité avec la séreuse abdominale, de sorte que la cavité utérine communique avec la cavité péritonéale. De la partie inférieure de ce pavillon part un petit ligament qui sert à guider l'application de la trompe sur l'ovaire au moment de la chute de l'ovule ; si donc il y a des adhérences qui

unissent le pavillon à d'autres organes, l'ovulation est entravée, l'œuf ne pouvant être recueilli à sa sortie de la vésicule.

La trompe occupe la partie la plus élevée du ligament large qui forme supérieurement trois ailerons à chacun desquels correspond un organe important (*fig.* 3). L'antérieur contient le ligament rond, qui va prendre son insertion sur le pubis et retient l'utérus en avant; le moyen renferme la trompe; le postérieur contient l'ovaire.

L'ovaire est ainsi suspendu à l'utérus par un ligament qui, comme le ligament large et tous ses annexes, ligaments utéro-lombo-sacrés, trompe et pavillon, est de nature musculeuse.

Ce ligament est formé par un faisceau arrondi de fibres musculaires d'une longueur de 30 à 35 millimètres environ et de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Les fibres qui le constituent se continuent, en dedans, avec celles de la face postérieure de l'utérus et se fixent, en dehors, à l'extrémité interne du hile de l'ovaire. — Ses adhérences avec le péritoine, qui le recouvre, sont assez lâches pour que, du moment où l'ovaire augmente de volume, son extrémité interne puisse se rapprocher de l'utérus, en glissant au-dessous de la séreuse, de telle sorte que la longueur du ligament suspenseur diminue proportionnellement.

Les moyens de suspension qui fixent l'ovaire dans la loge postérieure ou rectale du petit bassin lui permettent néanmoins des mouvements en sens divers, déterminés par la pression des organes voisins; aussi le voit-on dans la grossesse suivre le mouvement d'ascension de l'utérus jusque dans la région ombili-

cale; à l'état pathologique, des tumeurs pourront modifier sa situation et des adhérences le retenir dans tel ou tel point voisin.

La forme de l'ovaire est celle d'un ovoïde, un peu aplati d'avant en arrière. Son volume (longueur : 38 millimètres; — hauteur : 18 millimètres; — épaisseur : 15 millimètres d'après Sappey) varie chez les différents sujets et aussi avec l'état des ovules, de telle sorte que si un ovule arrive à maturité ou a été fécondé, l'ovaire peut augmenter du double ou davantage.

Chez les jeunes filles, la surface de l'organe est lisse; à la puberté, elle devient inégale par suite de véritables cicatrices; elle est chagrinée dans la vieillesse.

Dans ces dernières années seulement, l'on a été fixé sur divers points de la structure de l'ovaire qui ont été élucidés par les remarquables recherches de Sappey, complétées par celles de Schrœn, Hiss, Waldeyer, etc.

Je ne veux pas vous exposer en ce moment ce qui se rapporte à ces questions si intéressantes de la structure intime et de la physiologie de l'ovaire, me réservant de le faire avec tous les détails que ce sujet comporte, lorsque je commencerai une autre série de Leçons que je veux plus spécialement consacrer à l'étude des *troubles de la menstruation* et des *maladies de l'ovaire*. Je ne m'occupe maintenant que des maladies de l'utérus et de quelques-unes de celles qui affectent les organes génitaux externes, le vagin et la vulve, et ce que je viens de vous dire de l'anatomie de ces organes est suffisant pour vous permettre de profiter des descriptions qui vont suivre.

III

NOTIONS D'EMBRYOGÉNIE. VICES DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX.

Les corps de Wolf. — La glande génitale. — Les conduits de Muller. — Ils forment les oviductes et, par leur accolement, l'utérus avec la partie supérieure du vagin. — Le cloaque. — Les organes externes se forment par bourgeonnement et érosion. — Les cloisons s'interposent ensuite. — Les vices de conformation sont la conséquence d'un arrêt ou d'une irrégularité dans le développement des organes. — Bifidité et cloisonnement de l'utérus. — Conséquences au point de vue de la conception et de la gestation. — Position vicieuse du fœtus. — Ruptures de l'utérus. — La superfétation. — L'utérus ne manque jamais absolument. — Un fait exceptionnel d'absence complète d'organes génitaux. — Communication de l'utérus avec le rectum ou la vessie. — Absence ou multiplicité des cloisons dans le cloaque. — Cloisonnement longitudinal du vagin. — Ses conséquences physiologiques et pathologiques. — Imperforation ou absence du vagin. — Opérations qu'elle nécessite. — État dans lequel se trouvent les organes internes. — Détermination du sexe dans ce cas, au point de vue de l'état civil et du mariage. — Le véritable caractère distinctif du sexe est la glande génitale : ovaire ou testicule. — L'hermaphrodisme. — Ses variétés. — La seule forme scientifiquement admissible est l'hermaphrodisme transversal. — Le sujet est alors pourvu à la fois d'un ovaire et d'un testicule.

Messieurs,

Il vous arrivera de rencontrer des sujets dont les organes génitaux différeront plus ou moins, dès leur

naissance, de ceux que je vous ai décrits dans la précédente Leçon comme étant le type de l'état normal. C'est qu'il y aura chez eux un vice de conformation du système génital, comme il peut y avoir un vice de conformation de tous les autres organes de l'économie. Seulement il faut bien savoir que, même dans ses aberrations qui lui font engendrer ces êtres si étrangement conformés auxquels on a donné le nom de *monstres*, la nature suit encore des règles assez précises et invariables, pour qu'on ait pu les étudier et établir une classification scientifique de toutes les monstruosités, de toutes les déformations qui peuvent se produire avant la naissance. La plus importante de ces règles, et celle qui domine toute la tératologie, nous apprend que les vices de conformation sont toujours et invariablement le résultat d'un arrêt de développement; d'où il résulte que, pour les expliquer, il faut pouvoir suivre l'évolution de l'organe affecté pendant toute la durée de la vie embryonnaire.

Il est donc nécessaire que je vous donne quelques notions très-succinctes d'embryogénie, pour pouvoir vous faire comprendre comment se produisent les malformations des organes génitaux que je ne puis me dispenser de vous faire connaître, car elles ont souvent une importance considérable dans la pratique.

Il existe chez l'embryon un organe essentiellement transitoire, qui joue un rôle important dans la formation du système génito-urinaire, et qui se voit surtout, dans l'espèce humaine, entre le trentième et le cinquantième jour après la conception : c'est le *corps*

de *Wolf* ou d'*Oken*. — Déjà très-développé à partir du trente-cinquième jour, il a complétement disparu à la fin du second mois. Il s'étend depuis le sommet de la poitrine jusqu'au bassin. Il est constitué d'abord par deux conduits longitudinaux situés de chaque côté de la ligne médiane, en avant des proto-vertèbres. On voit ensuite se développer des tubes, d'abord rectilignes, puis flexueux, terminés en cœcum et qui viennent s'ouvrir dans chacun des canaux primitifs, lesquels, situés en avant et surtout en dehors de cette masse glandulaire, tubuleuse et semi-penniforme, en constituent les conduits excréteurs et aboutissent inférieurement dans le *cloaque*. Ces organes jouent, pendant leur existence éphémère chez les mammifères, le rôle physiologique des reins, qui se forment plus tard au-dessus et en arrière d'eux et dont nous n'avons pas à nous occuper.

A la partie interne des corps de Wolf on voit apparaître, vers la cinquième ou la sixième semaine, une ligne blanchâtre qui s'accentue de plus en plus, à mesure que le corps de Wolf s'atrophie pour disparaître, et qui ne tarde pas à former une glande parfaitement distincte de ce corps : c'est la *glande génitale*. En même temps on voit se former un deuxième conduit parallèle à celui de Wolf, c'est le conduit de Muller, que l'on a décrit comme étant d'abord représenté par un cordon plein et qui, dans tous les cas, est bientôt creusé d'un canal dont l'orifice supérieur, ouvert dans le péritoine, formera plus tard le pavillon de la trompe. Il passe inférieurement en avant du conduit de Wolf, pour venir s'aboucher, comme lui, dans le cloaque, en s'acco-

lant à son congénère auquel ne tarde pas à le réunir un cordon arrondi, qui se creusera lui aussi d'une cavité pour former le canal utéro-vaginal, si l'embryon, — jusqu'à ce moment indéterminé quant au sexe, — doit appartenir au sexe féminin.

Le premier phénomène qui révèle la détermination du sexe s'effectue vers le commencement du troisième mois, et il consiste dans l'oblitération d'un des conduits qui longent le bord externe du rein primitif et du corps de Wolf. Si l'individu doit être du sexe masculin, les conduits de Muller s'oblitéreront, et disparaîtront en ne laissant de vestiges qu'à leurs extrémités inférieures où ils se souderont, pour s'ouvrir dans le sinus uro-génital par un orifice commun représenté par l'utricule prostatique. — Alors l'organisation des organes génitaux s'effectue comme il suit : Les cônes de la tête de l'épididyme sont formés par la partie moyenne du corps de Wolf, tandis que le reste de l'épididyme, le canal déférent et les canaux éjaculateurs proviennent du conduit de Wolf. Quant au testicule il serait formé lui-même, soit comme la tête de l'épididyme par le corps de Wolf, soit plus vraisemblablement par la glande génitale qui d'abord indifférente est susceptible de se transformer ou en testicule, ou en ovaire (*fig.* 13).

Si l'individu doit être du sexe féminin, cette glande devenant un ovaire, c'est le canal de Muller qui persistera, en même temps que le corps de Wolf et son conduit s'atrophieront pour disparaître en majeure partie. Il ne restera de ces organes que la partie moyenne constituant ce qu'on appelle le corps de Rosenmuller. Quant au conduit de Muller il formera

la trompe de Fallope, et son extrémité supérieure — s'il est vrai qu'elle soit primitivement terminée en cul-de-sac — s'ouvrira pour former le pavillon de cette trompe.

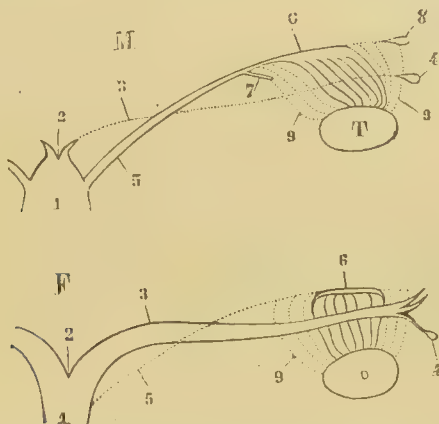


Fig. 13. — Formation des organes génitaux internes des deux sexes. (Figures schématiques) (*).

Un petit ligament, connu sous le nom de ligament de Muller, se détache des conduits de Muller pour se diriger vers le pubis. Il vient jalonner en quelque sorte le niveau au-dessous duquel s'opérera la fusion des deux canaux de Muller, qui restent séparés au-dessus de lui pour former les deux oviductes.

Au niveau du point où les deux conduits s'accolent

(*) M. *Type masculin.*—T. Testicule.— 1, Sinus uro-génital ; 2, extrémités inférieures des deux conduits de Müller, formant l'utricule prostatique ; 3, partie du conduit de Muller qui disparaît ; 4, son extrémité libre formant l'hydatide pédiculée de Morgagni ; 5, canal de Wolff ; 6, partie du canal de Wolff correspondant au canal de l'épididyme ; 7, vas aberrans ; 8, hydatide non pédiculée de Morgagni ; 9, partie du corps de Wolff qui disparaît. La partie non-ponctuée représente la tête de l'épididyme.

F. *Type féminin.* — O. Ovaire.— 1, Sinus uro-génital ; 2, utérus ; 3, conduit de Muller formant la trompe ; 4, extrémité du conduit formant l'hydatide de Morgagni ; 5, canal de Wolff qui a disparu dans la plus grande partie de son étendue ; 6, sa partie persistante formant avec les canaux d'une partie du corps de Wolff l'organe de Rosenmuller, analogue à la tête de l'épididyme ; 7, partie disparue du corps de Wolff.

et se réunissent par le cordon génital intermédiaire, les parois de séparation des conduits ainsi juxtaposés ne tardent pas à disparaître, et leurs cavités d'abord distinctes se réunissent en une seule. Ce travail de fusionnement de conduits qui supérieurement sont parfaitement doubles et séparés dans la partie formée par les trompes ou oviductes, qui plus bas se réunissent non pas seulement en se soudant, mais en mettant leurs cavités en communication l'une avec l'autre pour former l'utérus et le vagin nous expliquera comment se peuvent produire les vices de conformation que nous aurons à étudier dans un instant.

En tout cas, ce qu'il importe de bien retenir, c'est que le sexe ne préexiste pas, au moins d'une façon appréciable pour nous, à la formation de l'embryon ; que pendant les deux premiers mois les organes sont absolument identiques et que ce qui exerce la plus grande influence sur la détermination de ce sexe, c'est l'oblitération ou la persistance du canal de Muller. Si ce canal s'oblitère, il se formera un testicule ; s'il persiste, la glande génitale deviendra un ovaire. Et sous l'influence de cette nouvelle impulsion donnée au travail d'organisation, nous verrons se développer les organes génitaux externes, dont l'apparition est postérieure en quelque sorte à celle des organes génitaux internes, et commandée à proprement parler par l'évolution de ces derniers.

Il ne se fait d'abord à l'extrémité inférieure du corps qu'une seule ouverture communiquant avec cette cavité commune, désignée sous le nom de *cloaque*, et dans laquelle s'abouchent en avant l'ouraque qui

formera la vessie, en arrière l'intestin et dans l'intervalle les canaux de Wolff et de Muller.

Vers le milieu du deuxième mois, il se forme une cloison transversale, divisant et l'orifice et la cavité elle-même en deux parties, l'une postérieure ou *intestinale* et *anale*, l'autre antérieure ou *uro-génitale.*

Plus tard un nouveau cloisonnement se fait au milieu de la partie uro-génitale, et les organes génitaux externes commencent alors à se dessiner. On avait vu apparaître dans la sixième semaine un tubercule qui s'était entouré d'un repli cutané, ayant la même forme et le même aspect pour l'un et l'autre sexe. Lorsque les organes féminins sont développés à l'intérieur, ce tubercule devient le clitoris, le repli génital forme un sillon qui se creuse pour constituer la vulve, et un nouveau conduit s'ouvre de l'intérieur à l'extérieur, pour former la partie inférieure du vagin, et aller rejoindre les canaux de Muller, qui, réunis l'un à l'autre, ont déjà donné naissance à la partie supérieure de ce même conduit vaginal.

D'où il résulte que, pour la bonne organisation du système génital, trois opérations doivent s'exécuter simultanément et avec ensemble sur trois éléments organiques différents, c'est-à-dire : 1° dans le point où s'opèrent la transformation du corps de Wolff et le développement de la glande génitale et du canal de Muller ; 2° à l'extérieur où se forment les organes génitaux externes ; 3° enfin dans la région intermédiaire, à travers laquelle ces deux séries d'organes se réunissent pour former un tout complet et parfaitement harmonique.

Une imperfection dans l'accomplissement de ces

actes suffira pour amener une malformation de l'appareil, et, d'après ce que nous savons de la façon dont il évolue, nous pouvons en quelque sorte prévoir d'avance toutes les aberrations qui pourront causer un de ces vices de conformation, à l'étude desquels ces notions préliminaires ont pour but de vous préparer.

Supposez que sous l'influence d'une cause, inappréciable d'ailleurs en son essence, un arrêt survenu dans le développement, saisisse en quelque sorte l'appareil génital à une époque variable de son évolution, et vous aurez l'explication de tous les vices de conformation que vous pourrez observer. — Il est certainement des cas qui paraîtront échapper en partie à cette loi générale. Mais d'abord ces cas sont extrêmement rares, et lorsqu'ils se rencontrent, ils peuvent s'expliquer par des altérations pathologiques qui, dépendant d'une maladie du fœtus, consistent surtout en des accumulations de liquide, distendant ou atrophiant les réservoirs qui les contiennent, et faisant communiquer les parties entre elles. Mais le fait général de l'arrêt de développement, si bien mis en lumière par les travaux de Muller, de Coste et de Geoffroy-Saint-Hilaire, n'en persiste pas moins, et toujours la malformation vous représentera la permanence, la survie d'un état transitoire chez le fœtus.

Les deux conduits de Muller, vous ai-je dit, s'adossent l'un à l'autre pour former l'utérus et la partie supérieure du vagin. — Supposez que cet adossement n'ait pas lieu, les conduits de Muller subissant d'ailleurs individuellement leur évolution normale, l'utérus sera double. Duplicité apparente, au point

de vue philosophique, mais réelle le scalpel à la main. Que la fusion, sans faire absolument défaut, soit simplement tardive ou incomplète, et vous aurez toutes les variétés, depuis la duplicité complète jusqu'à l'utérus, simplement échancré. C'est là tout un groupe de malformations utérines. L'explication naturelle vous en est fournie par la perturbation apportée au travail de jonction et de fusion, qui doit s'opérer entre les deux canaux de Muller.

Tous les faits caractérisés par la prédominance de l'une des moitiés de l'utérus, l'autre restant rudimentaire, constitueront un deuxième groupe de malformations trouvant sa raison d'être dans l'inégalité de développement individuel des deux conduits de Muller. Si l'absence de développement atteint l'extrémité inférieure des deux conduits, l'utérus pourra faire complétement défaut (*Uterus deficiens*).

On a désigné sous des noms spéciaux chacun des divers aspects sous lesquels se présente alors l'utérus et qui ne constituent, à vrai dire, que des degrés divers du même état tératologique. La multiplicité des noms créés en est une preuve et me paraît constituer d'ailleurs un luxe bien inutile.

Toutes les dénominations d'utérus *unicornis, bicornis, bi-partitus, semi-partitus, parvicollis, deficiens* et d'autres que je passe sous silence, répondent évidemment à des cas spéciaux bien observés, mais qui, malgré leur apparence disparate, présentent une parenté étiologique indéniable et peuvent se diviser en deux groupes principaux, dont l'un, je vous le disais il y a un instant, trouvera sa raison d'être dans une perturbation apportée au travail de fusion

des deux canaux de Muller et dont l'autre s'expliquera par un défaut de synchronisme dans l'évolution de ces deux organes.

Lorsqu'il y a absence complète de fusion entre les deux canaux de Muller, l'utérus est réellement double. Ce fait n'est pas extrêmement rare.

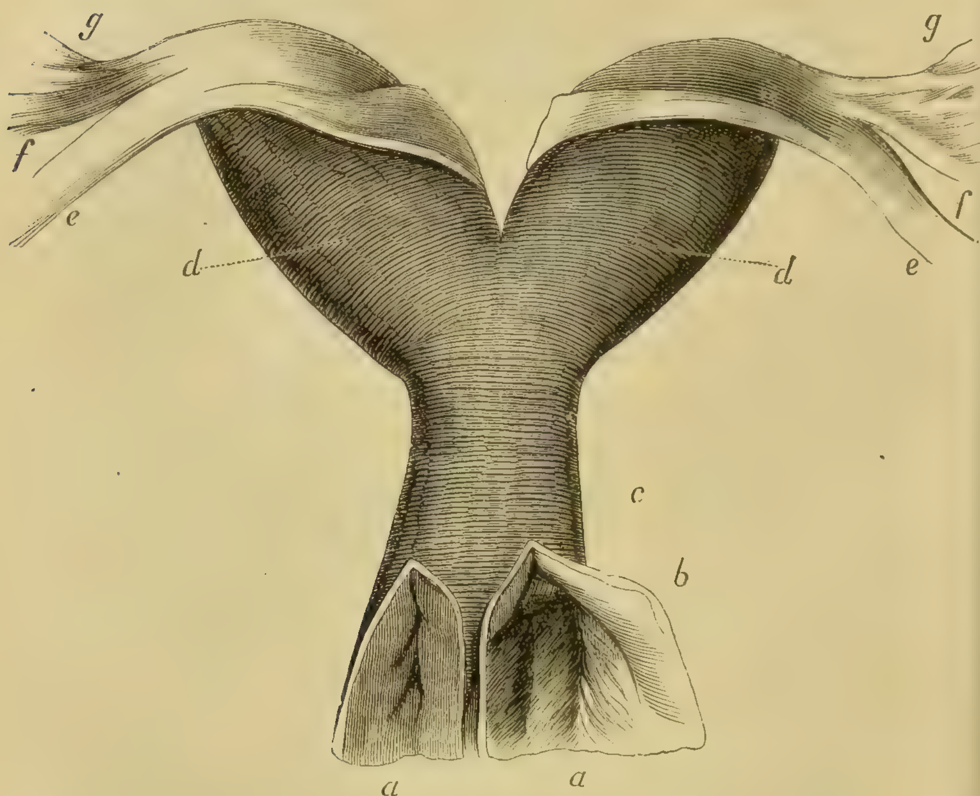


Fig. 14. — Utérus bicorne entièrement double et vagin double d'une jeune fille de 17 ans, d'après Schröder (*).

Dans d'autres cas, les corps seuls sont séparés, les cols étant réunis et on a l'utérus *bifide* qui se trouve à

(*) *a*, les vagins ouverts. — *b*, orifice de l'utérus gauche. — *c*, les deux portions cervicales adossées ayant l'apparence d'un col unique. — *d*,*d*, les deux cornes. — *e*,*e*, les ligaments ronds. — *f*,*f*, les oviductes. — *g*,*g*, les ovaires.

l'état normal dans un grand nombre d'espèces animales et plus particulièrement chez les rongeurs. On rencontre aussi des utérus dont l'apparence extérieure normale, dissimule un cloisonnement complet de leur cavité.

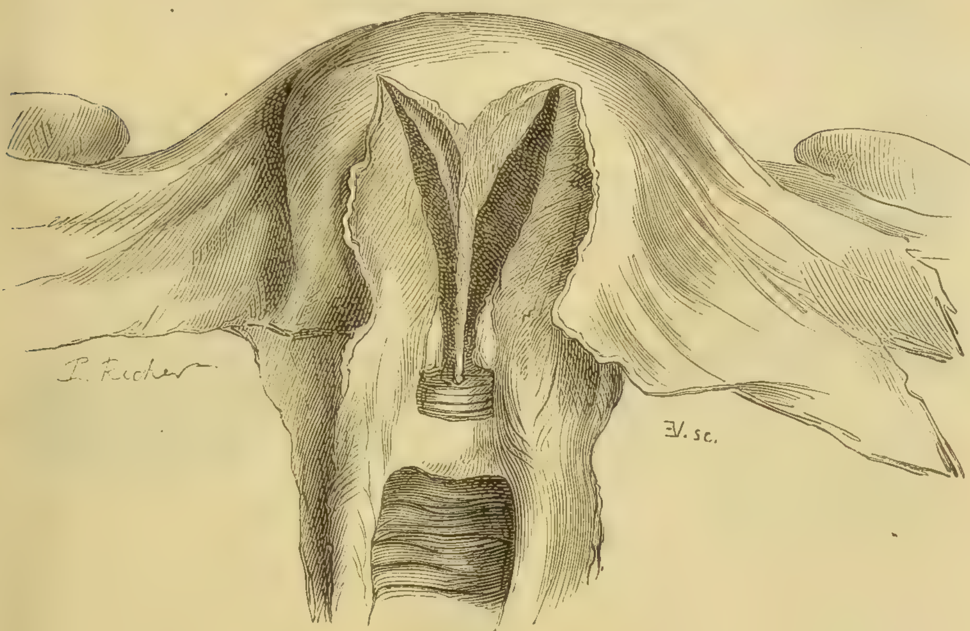


Fig. 15. — Utérus simple extérieurement, divisé à l'intérieur, par une cloison verticale, en deux cavités distinctes (*Figure tirée de l'atlas inédit de M. Huguier*).

Inversement, il existe des utérus divisés en deux cornes vers leur fond ou même simplement échancrés et présentant une cavité unique ; c'est à cette variété qu'est réservée la dénomination d'utérus *cordiformis*.

Je mets sous vos yeux un certain nombre de pièces qui vous montrent ce que sont ces diverses malformations, ainsi que celles qui résultent de l'inégalité d'évolution individuelle des deux canaux de Muller.

En voici une dans laquelle le développement incomplet de l'une des moitiés de l'utérus a produit une des variétés d'utérus *unicornis* dont le type le plus complet existe lorsque l'un des tubes de Muller est resté absolument ce qu'il était au début de la vie fœtale, l'autre ayant acquis un développement régulier.

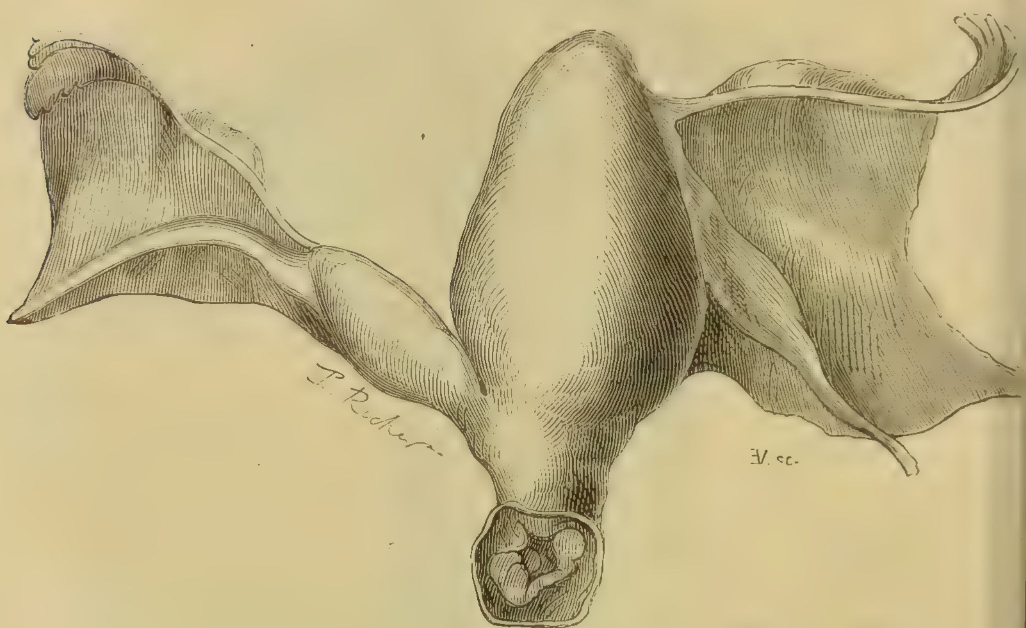


Fig. 16. — Utérus double dont une seule des deux cornes s'est régulièrement développée, l'autre étant restée à l'état rudimentaire. (*Figure tirée de l'atlas inédit de M. Huguier.*)

Mais, sans insister plus longtemps sur ces curiosités anatomiques, il est un point sur lequel je désire appeler toute votre attention; je veux parler du rôle physiologique que peuvent remplir des utérus ainsi malformés.

Dans tous ces cas, les orifices du col étant libres ainsi que ceux des trompes, et les ovaires se trouvant à l'état normal, la fécondation est possible. La gestation peut même se faire régulièrement et la grossesse

être menée jusqu'à son terme. Je conserve dans mon musée l'utérus d'une femme qui se trouvait dans ces conditions et qui était entrée, en 1864, à l'hôpital Saint-Antoine pour y faire ses couches. Cet utérus a extérieurement l'aspect cordiforme, et sa cavité est incomplétement divisée par une cloison médiane antéro-postérieure et verticale qui, partie du fond de l'organe, occupe à peu près les deux tiers de sa hauteur.

Pendant le travail de l'accouchement la paroi utérine se déchira du côté gauche au-dessus des insertions vaginales, et le fœtus fut refoulé dans la cavité péritonéale, c'est ce qui détermina la mort.

Le cloisonnement de l'utérus que nous avons trouvé à l'autopsie a-t-il pu avoir une influence pathogénique quelconque sur cette issue fatale? Il y a tout lieu de le supposer, surtout après les intéressantes recherches que mon collègue, M. Polaillon, vient de publier sur ce sujet. Il a montré, en effet, que le cloisonnement incomplet de la cavité utérine peut exercer une influence sur la position du fœtus dans la matrice, et par suite sur sa présentation au moment de l'accouchement. Cela se comprend facilement, car l'attitude que prend le fœtus dans la matrice lui est en quelque sorte imposée par la forme même de l'utérus, si bien que le contenu se moule, on a pu le dire, sur le contenant.

Si donc l'utérus ne présente plus cette forme ovoïdale, à grosse extrémité supérieure, qui donne l'explication de la fréquence des présentations du sommet, les extrémités de l'ovoïde fœtal devront affecter une situation en harmonie avec la forme plus ou moins anormale de la cavité utérine. Il en résultera que le fœtus devra se placer transversalement, et que,

par suite, la présence de cette cloison incomplète deviendra une cause de présentation du tronc et peut-être même une cause de l'insertion vicieuse du placenta. C'est ce que paraissent démontrer les deux observations rapportées par M. Polaillon.

La première (1) a trait à une jeune primipare enceinte de huit mois et demi, dont le ventre, au lieu d'avoir une forme ovoïde, était élargi transversalement. La palpation abdominale fit reconnaître une présentation de l'épaule gauche. Une hémorrhagie considérable, due à l'insertion vicieuse (centre pour centre) du placenta, nécessita le tamponnement, il fallut pratiquer la version et la malade succomba deux heures après l'opération.

L'autopsie montra que l'utérus de cette femme était incomplétement cloisonné. La paroi supérieure de l'utérus portait sur la ligne médiane un éperon saillant en dedans et divisant le fond de la cavité utérine en deux excavations, l'une droite, l'autre gauche.

La deuxième observation (2) de M. Polaillon est certainement plus démonstrative encore. Il s'agit d'une femme de trente ans enceinte de huit mois environ. La palpation abdominale fit diagnostiquer une présentation du tronc, et la version podalique permit l'extraction d'une fille vigoureuse et bien conformée. Peu de temps après une maladie d'Addison emportait la malade, et cette fois encore l'examen de l'utérus montra que la cavité utérine offrait vers son fond un

(1) Polaillon, *Sur certaines malformations de l'utérus comme cause de la présentation du tronc et de l'insertion vicieuse du placenta* (*Annales de Gynécologie*, 1877, t. VIII, p. 161).

(2) Polaillon, *De l'utérus incomplétement cloisonné comme cause de la présentation du tronc* (*Union médicale*, 1878, n° 11, p. 126).

éperon saillant, sorte de cloison incomplète, qui séparait deux excavations latérales dont l'une, la droite, contenait le placenta. Ici donc, il n'y avait pas d'insertion vicieuse du placenta, et il était impossible d'objecter, comme on aurait pu le faire pour la première observation, que l'insertion vicieuse et non la malformation, était la cause véritable de la présentation transversale. De plus, et ce point a une grande importance, les tentatives de version par manœuvres externes, avec application de la ceinture, faites pendant le séjour de cette femme à la Maternité, étaient restées constamment infructueuses. L'obstacle à la version avait donc bien toute la puissance d'une disposition anatomique.

En nous démontrant l'influence du cloisonnement utérin sur la situation du fœtus, ces faits nous permettent de prévoir quels obstacles les présentations vicieuses dues à ce cloisonnement peuvent apporter au travail régulier de l'accouchement. Ils nous autorisent ainsi à supposer, comme je l'ai fait à propos de la femme dont j'ai recueilli l'utérus, que les contractions utérines s'exagérant en raison de l'obstacle que le vice de présentation apporte à l'accouchement, peuvent finir par déterminer la rupture de la matrice, observée dans ce cas.

Quand, au lieu d'être incomplétement cloisonné, l'utérus est divisé en deux moitiés parfaitement séparées, la conception peut se faire dans l'une ou l'autre de ces moitiés à peu près indifféremment, à moins que l'une d'elles soit rudimentaire, comme cela a lieu dans les cas d'utérus *uni-cornis* (1) ; mais

(1) Voy. fig. 16, p. 136.

même alors la moitié qui n'a pas subi l'imprégnation suit l'autre dans le mouvement hypertrophique, qui est la conséquence de la grossesse et augmente notablement de volume pendant la période de la gestation.

J'ai dit que chacune des deux moitiés d'un utérus complétement divisé en deux parties égales et indépendantes l'une de l'autre, peuvent être indifféremment imprégnées à tour de rôle. Je vais plus loin, et, à mon avis, certains faits autorisent à penser que ces deux moitiés peuvent contenir, en même temps, chacune un produit de conception, soit que l'imprégnation ait eu lieu au même moment, soit qu'elle ait été opérée successivement et à des époques différentes. Ainsi s'expliqueraient les faits de superfétation sur lesquels on a beaucoup discuté, mais qui, d'après des exemples fort bien recueillis, doivent être considérés comme absolument incontestables. Ceci demande quelques explications.

Les canaux de Muller forment non-seulement l'utérus, mais aussi la partie supérieure du vagin. Que par suite de leur défaut d'adossement et de soudure chacune des moitiés s'organise séparément et d'une façon tout à fait indépendante de l'autre moitié, il y aura deux utérus parfaitement distincts ayant chacun son col, entouré par un manchon vaginal, c'est-à-dire que le vagin sera double à sa partie supérieure comme l'utérus. Par suite d'un travail plus difficile à expliquer, il arrive souvent que cette division du vagin se prolonge dans toute la longueur de ce conduit (1); et, sans anticiper sur ce que j'aurai bientôt à vous dire des vices de conformation du vagin, je ne puis m'em

(1) Voy. fig. 14, p. 134, et fig. 17, p. 152.

pêcher de vous parler en ce moment du cloisonnement vertical qui le divise souvent en deux conduits juxtaposés, lorsque surtout, — chacun d'eux correspondant à un utérus distinct, — il se trouve ainsi y avoir une indépendance absolue entre les deux moitiés latérales du système génital de la femme. Lorsqu'il en est ainsi, chacun des deux vagins peut servir successivement à l'acte de la copulation ; chacun des deux utérus peut, en conséquence, être imprégné à son tour, et les deux produits, suivant leur développement régulier, peuvent donc être expulsés à des époques variables, quoique étant l'un et l'autre au terme physiologique de la grossesse.

C'est la seule façon scientifique de comprendre comment il se peut faire qu'une femme déjà grosse puisse être une seconde fois fécondée avant son accouchement et d'expliquer les faits de superfétation qui ont été consciencieusement observés. Quant à admettre qu'une seconde imprégnation se puisse faire dans une cavité utérine déjà gravide, cela n'est absolument pas possible. Non pas parce que l'ovaire ne fonctionne plus — l'acte de la génération est enveloppé d'assez d'obscurités et de mystères pour que nous devions longtemps encore ignorer la plupart des lois qui président à son évolution régulière ; — mais bien parce que l'oblitération de tous les orifices et de la cavité même de l'utérus, par le développement de l'œuf qui occuperait cette cavité, apporterait un obstacle insurmontable à la progression des spermatozoaires, qui auraient à franchir ces orifices et à traverser cette cavité, pour aller à la rencontre d'un second ovule arrivé à maturité et pour le féconder.

On a prétendu cependant que ce phénomène avai

pu se produire dans certains cas, et on a cité à l'appui de cette manière de voir le fait d'une femme qui ayant eu successivement commerce avec deux hommes, un nègre et un blanc, aurait mis successivement au monde deux jumeaux, dont l'un noir et l'autre blanc, ce qui aurait ainsi révélé leur double origine. Mais alors même que ce fait aurait été rigoureusement interprété comme il convient, il ne pourrait être invoqué comme un argument en faveur de la doctrine de la superfétation, par cette raison toute simple qu'il y a toujours un certain intervalle entre le coït fécondant et le fait même de la conception.

Le sperme déposé dans les organes n'entre pas immédiatement en conjonction avec l'ovule. Un certain temps s'écoule, durant lequel ces deux éléments, dont l'union va former l'être nouveau, cheminent à la rencontre l'un de l'autre. Des faits parfaitement observés établissent, d'une part, que cette conjonction s'opère rarement en moins de dix heures, d'autre part qu'au bout de huit jours les spermatozoaires sont encore vivants, et peuvent jouir, par conséquent, de toutes leurs facultés procréatrices. Que, pendant le cours de cette période, un second coït intervienne; que les éléments spermatiques se mélangent; et alors il pourra se faire que deux spermatozoaires, de provenance différente, iront simultanément féconder deux ovules, parvenus en même temps qu'eux dans la cavité utérine, et formeront deux jumeaux qui se développeront simultanément, quoiqu'ils puissent être engendrés par deux pères différents. Ainsi s'expliquerait comment le fils du blanc et le fils du nègre auraient pu se trouver non pas seulement dans le même uté-

rus, mais peut-être aussi dans la même poche amniotique et comment alors il y aurait eu non pas superfétation véritable, mais bien conception simultanée.

Remarquez, du reste, que la couleur différente de ces deux enfants, loin de démontrer qu'ils provenaient de deux pères différents, tendrait, au contraire, à nous prouver qu'ils avaient bien le même père et que ce père était le nègre plutôt que le blanc. En effet, si l'action du métissage ne s'était exercée que sur un seul des deux produits, ce produit aurait dû être non pas un noir mais bien un mulâtre. S'exerçant sur les deux jumeaux à la fois elle devait donner deux mulâtres. Mais dans ce cas, au lieu de se répartir également sur les deux, l'influence de chacun des deux facteurs s'est concentrée sur un seul, et il y a eu, à la place des deux mulâtres, tenant à la fois chacun du père et de la mère, un nègre ne tenant que du père et un blanc ne tenant que de la mère. Si un troisième facteur blanc était intervenu, il aurait bien pu, en effet, contribuer à la procréation de l'enfant blanc, mais alors l'action du nègre se trouvant réduite de moitié sur l'enfant qu'il aurait procréé, cet enfant, tenant à la fois et de son père et de sa mère, n'aurait pu être qu'un mulâtre.

Voulez-vous la preuve que les choses se seraient passées ainsi? Vous la trouverez dans la physiologie comparée, car les expériences faites sur les animaux sont susceptibles d'être relevées avec une exactitude rigoureuse que ne comportent pas les observations recueillies dans l'espèce humaine. Ainsi M. Colin (1) a

(1) Colin, *Physiologie comparée des animaux*, 2e édit. 1873, p. 792. Un fait tout semblable a été rapporté par Hartmann (*Traité des Haras*. Trad. française, Paris, 1788, p. 48).

vu une chienne terrier couverte par un levrier mettre bas deux levriers et deux terriers sans qu'aucun de ces produits portât de traces de métissage. Par contre, M. Farabeuf (1) rapporte qu'une jument ayant été successivement couverte le même jour par un cheval et par un âne, mit au jour un poulain, puis, non pas un âne, mais un mulet, c'est-à-dire un métis sur lequel l'empreinte de la mère était marquée en même temps que celle de l'âne; comme celle du nègre aurait dû l'être en même temps que celle de la blanche sur un mulâtre.

A côté de ces faits, dans lesquels la superfétation n'est pas même apparente et où l'on peut reconnaître sans la moindre hésitation la simultanéité de la conception des deux produits, — alors même qu'ils proviennent de générateurs différents, — il en est d'autres moins faciles à expliquer, et dans lesquels on a vu, sans le moindre doute, des fœtus d'âge différent réunis dans la même cavité utérine, dont ils sont expulsés soit en même temps, soit à un certain intervalle. Mais alors il arrive, comme Velpeau l'a fort justement fait remarquer, qu'il s'agit de grossesses gémellaires avec conception simultanée des deux germes, mais dans le cours desquelles l'un des jumeaux s'est régulièrement développé, tandis que l'autre atrophié, ratatiné, refoulé dans un coin de la cavité utérine y est mort, et cependant a continué à y séjourner pour n'être expulsé qu'au bout de plusieurs mois, soit au moment de l'accouchement qui met son frère au monde, soit même un certain temps après.

(1) Farabeuf, *Cours d'histologie, professé à la Faculté de médecine*. Paris, 1876-1877.

En voyant ces produits d'âge différent on croirait à la superfétation, dont l'idée disparaît lorsqu'on constate que l'un des deux est mort depuis longtemps déjà.

Cette question de la superfétation n'a du reste qu'un intérêt de curiosité scientifique. Au point de vue légal elle est dominée par celle de la durée de la gestation, qui devra être calculée pour chacun des produits d'après la date de sa naissance, conformément à l'article 312 du Code civil qui accorde un minimum de 180 jours et un maximum de 300 jours pour que la filiation d'un enfant ne puisse pas être contestée. Il était cependant bon de vous mettre à même de reconnaître, que, si elle peut se produire, c'est seulement dans les cas de vices de conformation des organes génitaux qui se traduisent par un dédoublement complet de la matrice.

Supposons maintenant qu'en s'accolant les deux canaux de Muller ne se soient pas développés ; que leur jonction, au lieu de donner naissance à ce corps globuleux qui sera plus tard l'utérus, se fasse au moyen d'un simple cordon, plein ou creusé d'un canal : alors il n'y aura pas de matrice ou celle-ci n'existera que d'une façon tout à fait rudimentaire. C'est un état que l'on désigne, suivant le degré qu'il affecte, sous les noms d'utérus *deficiens, parvi collis, fœtalis, pubescens* ou *imperforatus*.

Au point de vue fonctionnel et physiologique, l'organe peut évidemment faire absolument défaut et les exemples de cet état ne sont pas extrêmement rares. Mais une exploration attentive complétée par l'examen au microscope démontre toujours, en cas

semblable, la présence d'éléments organiques qui représentent l'utérus à l'état rudimentaire. C'est tantôt un simple cordon, creusé ou non d'une cavité, se continuant avec des trompes normalement conformées; c'est d'autres fois une simple masse de tissu musculaire plus ou moins facile à reconnaître.

Cet utérus *deficiens* peut coïncider avec l'absence ou l'atrophie du vagin et des trompes, ainsi que je vous en citerai des exemples, mais il peut aussi se rencontrer avec un vagin, des trompes et surtout des ovaires parfaitement conformés. Dans ce dernier cas, les femmes sont douées de toute leur appétence génitale, à laquelle elles ont la faculté de satisfaire. Le molimen menstruel existe chez elles et détermine tous les symptômes physiologiques qui le caractérisent. Si l'utérus fait absolument défaut ou s'il n'est représenté que par une masse musculaire informe, dépourvue de cavité et surtout de membrane muqueuse, l'aménorrhée est évidemment complète, mais on peut alors constater souvent des hémorrhagies supplémentaires.

M. Le Fort (1) a rapporté l'observation curieuse d'une jeune Italienne de vingt-trois ans qui chaque mois était affectée de saignements de nez abondants. Il n'y avait jamais eu trace chez elle d'écoulement menstruel, et toutes les fois que l'épistaxis mensuelle n'arrivait pas, elle était prise d'une violente céphalalgie, que la saignée de la saphène pouvait seule dissiper. Cette jeune femme mourut quelques années plus tard d'une fièvre grave et l'autopsie, pratiquée à Bologne en présence

(1) Léon Le Fort, *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*, p. 37.

des docteurs Monari et Calori démontra qu'il n'existait aucun vestige ni du corps, ni du col de l'utérus. Mais les deux ovaires sains occupaient leur place habituelle.

A côté de ces faits d'absence complète de l'utérus se rangent naturellement les cas où cet organe, tout en étant en apparence normalement conformé, a subi néanmoins un arrêt dans son développement partiel ou total ; l'utérus *fœtalis*, le *pubescens* et l'utérus *imperforé* en sont des exemples.

La dénomination d'utérus *fœtalis* vous dit assez en quoi consiste la malformation. Un des exemples les plus remarquables a été publié par J. Cloquet (1), qui à l'autopsie d'une femme de vingt-deux ans a reconnu « que la matrice pâle, décolorée et collée sur la face « potsérieure de la vessie, présentait tout au plus le « volume qu'elle a chez les filles d'un an. Les ovaires et « les trompes au contraire étaient assez développés. »

Quant à l'utérus dit *pubescent*, il représente aussi la persistance d'un état évolutif transitoire, avec cette simple différence que l'arrêt de développement est survenu à une époque plus tardive.

M. Puech (2) a publié un travail intéressant sur ce sujet, qu'il a surtout envisagé au point de vue clinique. Il a bien montré que les troubles de la menstruation par lesquels se traduit cette malformation utérine sont variables et qu'aucun d'eux n'est véritablement pathognomonique.

L'hémorrhagie cataméniale, par exemple, qui fait

(1) Cloquet, *Bulletin de la Société de médecine*, t. VII, p. 66.
(2) Puech, de Nîmes, *De l'utérus pubescent* (*Annales de gynécologie*, 1874, t. I, p. 278 et 446).

ordinairement défaut lorsque l'utérus est très-petit, peut cependant ne pas manquer tout à fait ni dans tous les cas. Certes, la menstruation ne sera jamais parfaitement régulière, mais elle existe souvent, et les symptômes rationnels ne sauraient en aucune façon révéler une disposition anatomique que l'examen direct peut seul faire reconnaître.

En tous cas, et c'est là le point important, l'utérus pubescent ne constitue pas un état anatomique absolument incurable. M. Puech pense que, dans bon nombre de circonstances, sous l'influence de l'établissement de la menstruation et des rapprochements sexuels, l'utérus peut reprendre son évolution un instant arrêtée, et que, en tout état de cause, une intervention thérapeutique éclairée peut très-bien favoriser le développement du système utérin et permettre à la femme de remplir les fonctions inhérentes à son sexe.

L'imperforation du col nous offre un intérêt capital en raison des symtômes redoutables qu'elle provoque en déterminant la rétention du flux menstruel. Vous comprenez facilement comment dans les cas de ce genre une intervention directe, lorsqu'elle est possible, peut faire disparaître des accidents trop souvent mortels.

Dans tous les faits qui précèdent, nous avons pu suivre la filiation des phénomènes morbides à la suite desquels s'est produite la malformation observée. Nous avons surtout, comme je vous l'annonçais en commençant, pu constater que le fait tératologique s'est toujours montré à nous comme le résultat de la persistance d'une phase de l'état embryonnaire. pendant laquelle le travail du développement fœtal

s'est trouvé subitement arrêté. Mais, ainsi que je vous le faisais prévoir en commençant, il existe dans la science un certain nombre de cas tout à fait exceptionnels, qui échappent à la loi générale, formulée par Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire et qui exigent une toute autre explication. Un des plus curieux en ce qui concerne le système genital interne de la femme, a été publié tout dernièrement par M. le docteur Martin, dans un travail dont je tiens à reproduire textuellement les conclusions (1).

« Un fœtus de 7 à 8 mois présente une anomalie qui a pour expression tératologique :

« 1° La persistance des canaux de Muller ;

« 2° L'absence d'organes génitaux ;

« 3° L'oblitération des voix urinaires.

« La vie embryonnaire a pu s'approcher du terme, malgré le trouble apporté à l'excrétion du liquide rénal, dont la voie d'écoulement normal serait en ce cas l'urèthre, qui la déverse dans la poche amniotique.

« Cet arrêt du développement remonte à la période initiale de l'évolution. On sait d'ailleurs que les conduits de Muller, après être restés distincts, se soudent pour constituer la cavité de l'utérus, et que cette fusion est déjà effectuée avant la fin du deuxième mois.

« Quant au processus suivi par le travail de l'anomalie, nous pensons que l'ouraque, par une cause impossible à déterminer, s'est fermé prématurément ;

(1) Martin, *Mémoire sur un cas de persistance des canaux de Muller.* (*Journal de l'anatomie et de la physiologie* de Ch. Robin, 1876, p. 22.)

que le liquide urinaire ne pouvant plus alors s'écouler par ce conduit dans l'allantoïde s'est accumulé dans la vessie; que celle-ci, en se dilatant, a exercé sur les conduits de Muller un pression qui a mis obstacle à leur fusion : qu'ainsi s'est trouvée arrêtée l'évolution des organes sexuels et des voies d'excrétion urinaire.

« Si notre fœtus, qui s'est approché assez près du terme de la vie embryonnaire, était parvenu à le franchir , on aurait eu à résoudre le problème légal de sa détermination sexuelle. Quant à nous, nous aurions plutôt incliné à le regarder comme appartenant au sexe féminin.

« Sous le rapport physiologique, notre étude montre clairement qu'il est neutre. »

Je ne ferai, à propos de ce fait, que ces deux réflexions, c'est, d'une part; qu'il s'agit d'un fœtus dont la conformation était si défectueuse qu'il n'a pas pu vivre, et, d'autre part, que, bien certainement, les altérations si brièvement décrites, malgré leur importance, sont la conséquence d'une maladie survenue pendant le cours de la vie embryonnaire; elles ne rentrent donc pas dans la catégorie de celles qui peuvent être considérées, à proprement parler, comme de véritables vices de conformation.

En tout cas, et cette exception une fois enregistrée, nous rentrons dans la règle habituelle, en signalant les faits non moins rares de communication anormale de la cavité utérine, soit avec le rectum, soit avec la vessie, soit simultanément avec ces deux réservoirs. Lorsqu'il en est ainsi, c'est qu'il y a persistance de cet état dans lequel les canaux de Muller

viennent s'aboucher avec l'ouraque et l'extrémité inférieure de l'intestin dans le cloaque, qu'un cloisonnement ultérieur doit diviser en trois cavités distinctes. Que ce cloisonnement ne s'effectue pas ou s'effectue mal, une des cloisons venant à manquer, et l'on a l'une ou l'autre des communications anormales dont je viens de parler.

C'est ainsi que l'on a vu des femmes, dépourvues de vagin, être fécondées par le rectum, grâce à une communication existant entre cet intestin et un utérus normalement constitué du reste. Par contre, le nombre des cloisons peut être augmenté, et on peut voir un quatrième conduit prendre place au milieu des trois qui viennent s'ouvrir entre le coccyx et la symphyse pubienne. M. Caradec (1) a rapporté l'observation d'une femme de trente-deux ans qui avait, entre le rectum et un vagin normalement conformé, communiquant avec l'utérus, un conduit terminé en cul-de-sac et dont les dimensions avaient été suffisantes pour permettre le coït; l'ouverture du vagin normal étant beaucoup plus étroite que celle de ce vagin supplémentaire n'avait pas livré passage au membre viril.

Un autre mode de cloisonnement anormal peut affecter le vagin, c'est celui qui se fait dans le sens vertical et divise ce conduit en deux parties latérales parallèles.

Les cloisonnements longitudinaux peuvent être très-complets, et ils ne coïncident que très-rarement avec un utérus normal. Le plus souvent, en effet, lorsqu'il y a deux vagins, il y a deux utérus, et sans revenir

(1) Caradec, *Union médicale*, 1863.

sur la duplicité utérine, je dois vous signaler quelques particularités cliniques et physiologiques créées par l'existence de ces deux vagins.

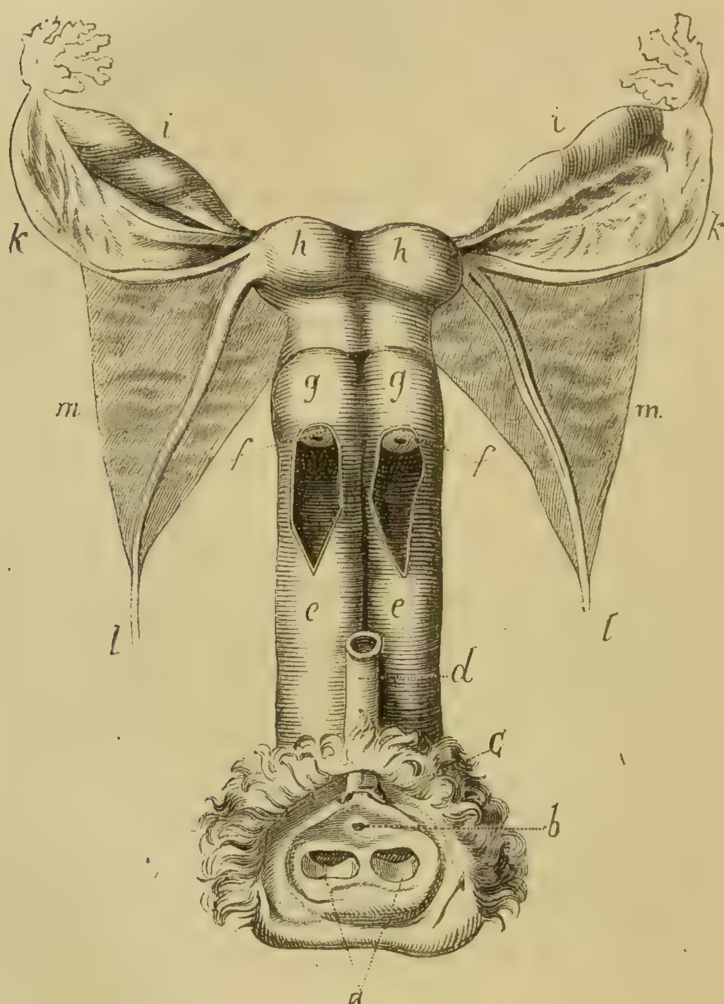


Fig. 17. — Utérus et vagin doubles d'une fille de 19 ans, d'après Eisenmann. (*)

Je pourrais vous rappeler l'histoire de cette pros-

(*) *a*, double orifice vaginal. — *b*, méat uréthral. — *c*, clitoris. — *d*, urèthre. — *e*, *e*, les deux vagins. — *f*, *f*, orifices utérins. — *g*, *g*, cols des deux utérus. — *h*, *h*, corps et cornes des deux utérus. — *i*, *i*, ovaires. — *k*, *k*, oviductes. — *l*, *l*, ligaments ronds. — *m*, *m*, ligaments larges.

tituée que M. Richet eut à soigner à l'hôpital de Lourcine et qui, par une aberration morale, pour le moins bizarre, croyait pouvoir satisfaire aux lois de la fidélité en réservant l'une de ses cavités vaginales pour des relations plus intimes et plus restreintes; mais je veux vous signaler les difficultés que le diagnostic de cette disposition peut présenter ou, pour mieux dire, les erreurs de diagnostic auxquelles elle peut conduire. M. Le Fort (1) rappelle à ce propos que deux médecins de la Maternité de Manheim, appelés auprès d'une femme en travail, déclarèrent : l'un, qu'il n'y avait pas grossesse; l'autre, que la tête était engagée. Un nouvel examen leur montra qu'il y avait deux cavités vaginales et que l'exploration isolée de chacune d'elles justifiait les deux diagnostics.

Quant au vice de conformation en lui-même, il suffit bien entendu d'une simple exploration pour le reconnaître.

Rappelez-vous cependant qu'il peut facilement passer inaperçu; et l'erreur est d'autant plus facile que dans la grande majorité des cas, l'un des vagins présente une grande amplitude, tandis que l'autre est très-étroit. J'ai eu une seule fois occasion de rencontrer cette duplicité du vagin; c'était en 1865, chez une femme atteinte de blennorrhagie, et qui occupait le lit n° 51 de la salle Sainte-Marthe. Elle avait été déjà soignée et même examinée au spéculum par plusieurs médecins, cinq, me dit-elle, dont un homœopathe, sans qu'aucun d'eux se fût aperçu du vice de conformation qu'elle présentait.

Ce cloisonnement peut donner aux affections

(1) Le Fort, *loc. cit.*, p. 125.

vaginales une physionomie quelque peu insolite. Il peut arriver qu'une femme, à vagin double, après avoir guéri son écoulement blennorrhagique, le voie réapparaître sans avoir rien fait pour en motiver le retour. C'est qu'alors la blennorrhagie exis-

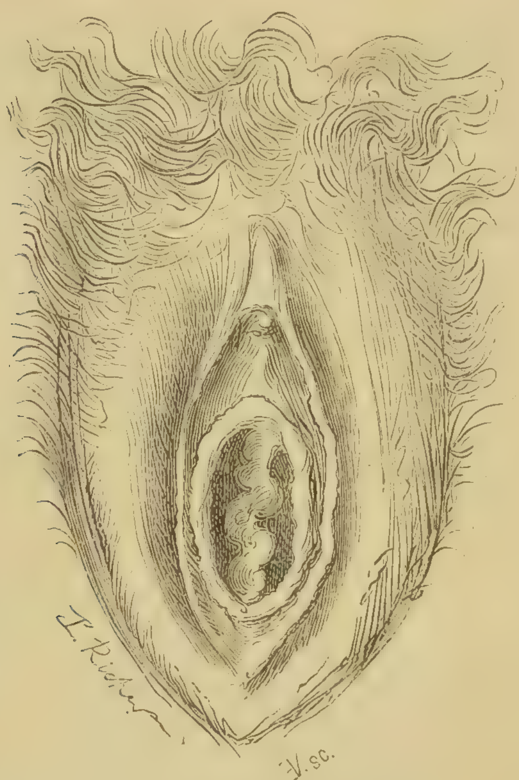


Fig. 18. — Vagin double avec cloison médiane verticale.

tant des deux côtés n'aura été traitée que d'un seul, ou que s'étant propagée d'un côté à l'autre, elle sera demeurée pendant un certain temps latente avant de faire une nouvelle explosion. La malade que j'ai eu occasion d'observer n'a pas eu de semblable mécompte; mais dès qu'elle a eu appris de nous comment elle était conformée, cette femme, qui n'avait

alors qu'une vaginite du côté gauche, s'est empressée de sortir de l'hôpital avant sa guérison, pour aller en contracter du côté droit une semblable, avec laquelle elle nous est revenue peu de jours après.

Quelquefois l'un des côtés d'un vagin double peut être imperforé, et alors il y a en même temps deux utérus séparés, dont l'un correspond à ce vagin imperforé. Il survient alors au moment de la nubilité des phénomènes très-graves de rétention du flux menstruel, d'autant plus difficile à reconnaître et à apprécier que la fonction cataméniale s'exerce normalement de l'autre côté. Dans un cas de ce genre, dont M. Decès (1) a publié l'observation, le diagnostic a pu être porté par Nélaton avec une précision véritablement remarquable.

Il peut arriver, que le cloisonnement vaginal dont nous nous occupons en ce moment ne porte pas sur toute la longueur du conduit, et qu'il finisse par se trouver réduit à une simple bride.

Ces cloisonnements longitudinaux dont le mode de formation est, je vous l'ai déjà dit, fort difficile à expliquer, conformément aux lois générales de la tératologie qui président à la production de tous les autres vices de conformation, ne sont pas les seuls qui puissent affecter le vagin. Vous n'avez pas oublié, Messieurs, que la partie supérieure du vagin est formée par l'extrémité inférieure des canaux de Muller adossés et fusionnés, tandis que la partie inférieure est formée par le refoulement du feuillet externe

(1) Decès, *Utérus et vagin doubles. Arrêt de la menstruation.* (*Bull. Soc. anat.*, 1854, t. XXIX, p. 222.)

du blastoderme, s'invaginant et s'érodant pour ainsi dire au-devant des canaux de Muller, pour s'aboucher avec eux. Il peut arriver, et il arrive souvent en effet, ou que cet abouchement ne se fasse pas, ou qu'il se fasse d'une façon incomplète, et alors il y a, ou une interruption dans le conduit, ou un rétrécissement dans le point où la soudure s'est effectuée. A un degré plus avancé le vagin inférieur manque tout à fait, et, tandis que le col utérin est entouré par une sorte d'ampoule formée par le vagin supérieur, on ne trouve plus inférieurement qu'une cloison formée par l'adossement du rectum avec la vessie et le canal de l'urèthre. Enfin, dans d'autres cas, le vagin existant parfaitement normal dans toute sa longueur peut être oblitéré inférieurement par la membrane hymen imperforée.

Ce sont là des cas auxquels l'on peut facilement remédier à l'aide d'une opération qui devient surtout nécessaire lorsque, à l'époque de la nubilité, l'oblitération complète du canal a donné lieu à des phénomènes de rétention du flux menstruel, ou lorsque son rétrécissement apporte un obstacle à l'accomplissement des autres fonctions génitales (copulation ou parturition). Si l'oblitération est due à la présence d'un simple diaphragme, quelle que soit la hauteur qu'il occupe dans le vagin, à l'orifice de la vulve ou près du col, l'opération à pratiquer est simple et facile ; la saillie que fait faire à ce diaphragme le sang menstruel qui vient s'accumuler au-dessus de cet obstacle, commande notre intervention et en précise la nature.

Si le vagin est complétement absent, la situation est différente, et dans les cas mêmes où l'existence de

l'utérus est bien et dûment constatée, l'intervention opératoire peut présenter de grandes difficultés et nécessiterautant d'habileté que de patience et de persévérance. Cependant on ne doit pas, on ne peut pas se dispenser d'agir lorsqu'on a reconnu la présence de l'utérus au-dessus du vagin oblitéré. Si minutieuse que doive être la dissection à laquelle il faut se livrer alors, pour se frayer un chemin de la vulve au col de l'utérus, en formant de toutes pièces un vagin artificiel, on ne doit pas hésiter à l'entreprendre. Dans certains cas, c'est une opération de nécessité commandée par les accidents de rétention du flux menstruel qui menacent la vie. Dans d'autres cas, il s'agit de rendre à une femme les attributs de son sexe et de lui permettre d'occuper dans la société une place qui pourrait lui être contestée, comme cela a eu lieu à propos d'un fait dont je vous entretiendrai dans un instant.

Parmi les cas dans lesquels l'opération a eu pour but de remédier à des accidents dépendant de la rétention du flux menstruel, un des plus intéressants est celui qui a été rapporté par M. Houzé (de Condé) (1) au congrès des sciences médicales de Bruxelles, en 1875. Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, chez qui chaque époque cataméniale déterminait des symptômes graves dont l'intensité s'augmentait chaque année. Parallèlement à ces troubles physiologiques, survenus à l'âge de treize ans, une tumeur abdominale volumineuse, multilobée, descendant derrière le

(1) F. Houzé, de Condé (Nord), *Panatrésie génitale de la femme, atrésie congénitale vulvo-vaginale, compliquée d'absence du vagin inférieur, d'atrésies du vagin supérieur, de l'utérus et des trompes, avec hématosalpinse, hématométre et hématopathie, nouvelle méthode opératoire, guérison* (*Annales de gynécologie*, août 1876).

pubis et s'élevant jusqu'à un centimètre de l'ombilic, s'était développée.

L'indication opératoire était absolument nette. M. Houzé, obligé de se frayer un chemin jusqu'à la tumeur, en créant un vagin artificiel, crut devoir recourir exclusivement à la divarication. Il la pratiqua en se servant du doigt et d'un brunissoir, sorte d'instrument mousse employé par les graveurs sur étain. Le résultat a été excellent. Les manœuvres opératoires furent commencées le 27 mars 1872, et le 1er juin suivant la guérison était obtenue.

Il est un point de cette observation très-intéressant à relever, c'est le mode de constitution de la tumeur, développée sous l'influence de la rétention du flux menstruel. En effet, les premières tentatives opératoires conduisirent d'abord sur une énorme poche sanguine prise pour l'utérus et qui s'en distinguait nettement cependant, située qu'elle était au-dessous et au-devant de lui. Au-dessus d'elle il y avait en outre accumulation du sang dans l'utérus et probablement aussi dans la trompe.

Pendant les trois années qui ont suivi l'opération l'écoulement des règles s'est produit et lorsque M. Houzé a revu sa malade en 1875, la menstruation, après avoir été parfois bimensuelle, était alors mensuelle et parfaitement régulière.

De cette observation, je crois intéressant de rapprocher la suivante :

M. Le Fort a présenté au mois d'août 1876 à l'Académie de médecine une jeune femme chez qui il était parvenu, après de bien longues péripéties, à constituer un vagin artificiel. Je sais quelles difficultés il

a eu à surmonter, et je puis vous en parler en parfaite connaissance de cause, car c'est d'après mes conseils que cette personne s'est décidée à laisser entreprendre l'opération qui finalement a eu pour elle un si heureux résultat. Elle avait vingt-deux ans, lorsqu'elle me fut adressée au mois de mai 1872 par un médecin fort instruit, ancien interne des hôpitaux de Paris.

C'était une personne bien constituée, ayant bien manifestement l'apparence d'une femme, mais avec des seins modérément développés et un bassin qui, sans être rétréci, n'avait certainement pas une grande amplitude. Ses organes génitaux externes étaient à l'état parfaitement normal ; la vulve, le clitoris, le méat urinaire, le périnée, ne présentaient aucune difformité. Seulement le vagin manquait absolument et était remplacé par une petite dépression ayant au plus 2 centimètres de profondeur.

Cependant, il se faisait du côté du bassin un travail qui ne pouvait être attribué qu'au *molimen menstruel.* Ainsi depuis l'âge de quinze ans, cette fille éprouvait chaque mois des douleurs très-violentes dans le bas-ventre et souvent ces troubles périodiques s'accompagnaient d'hémorrhagies supplémentaires, telles que des hémoptysies ou des épistaxis. Un fait curieux, c'est que dès le début des accidents, il était survenu à la partie inférieure des jambes un gonflement œdémateux, augmentant à chaque période menstruelle, et que plusieurs fois le tégument externe s'était rompu à ce niveau pour livrer passage à l'hémorrhagie supplémentaire. En tous cas, toutes les fois que l'hémorrhagie supplémentaire ne se produisait pas, la malade était aux prises avec des étour-

dissements prolongés, des lypothymies et même des syncopes.

Je m'assurai par un examen attentif et méthodique que l'utérus était bien à sa place. Quant aux ovaires, les troubles physiologiques dont je viens de parler suffisaient à révéler leur présence, que je ne m'occupais en aucune façon de rechercher; car, sauf des cas exceptionnels extrêmement rares, il est matériellement et absolument impossible de les trouver, quand ils sont à l'état sain. Je n'étais pas le premier qui visitât cette personne. Elle avait été déjà vue par plusieurs de mes collègues et entre autres par un chirurgien dont l'autorité scientifique et l'habileté opératoire ne peuvent pas même être mises en doute. Il avait déclaré qu'il n'y avait rien à faire et avait surtout rejeté bien loin l'idée d'une tentative opératoire quelconque. Tel ne fut pas mon avis. Je trouvai, au contraire, des indications pressantes dans ce molimen menstruel qui se présentait d'une façon périodique si régulière, dans les hémorrhagies diverses qui le remplaçaient; dans la présence de cet utérus qui paraissait devoir être normalement conformé, enfin dans le désir bien légitime qu'éprouvait cette personne de ressembler aux autres femmes.

Je la décidai donc à entrer à la Pitié et je la montrai à mon collègue M. L. Labbé, à qui je fus heureux de faire partager ma manière de voir sur la nécessité d'une opération, qu'il se mit en mesure de pratiquer immédiatement. Ai-je besoin de dire avec quelle habileté, avec quelle sagesse, avec quelle prudence cette opération fut conduite. Plusieurs

séances de dissection eurent lieu, et chaque fois, tant avec le bistouri qu'avec la spatule ou avec les doigts, on gagnait quelque chose en décollant la vessie et le rectum qui étaient intimement juxtaposés et qu'il fallait éviter de blesser ainsi que le péritoine. C'est pourquoi les séances furent nombreuses, après chacune d'elles une mèche introduite dans le fond de la plaie permettait de conserver le chemin conquis. On parvint ainsi jusqu'à quelques millimètres de l'utérus, dont on sentait le col parfaitement distinct à travers une très-mince couche de tissus.

Mais alors il y eut un moment d'hésitation, rien ne pouvait guider l'instrument, et, les tissus résistant à une simple dilacération, on n'osait pas avoir recours au bistouri. C'est pendant ces quelques jours d'hésitation, que, lassée sans doute d'une opération si longue, prolongée encore par les temps d'arrêt forcé qu'il avait fallu s'imposer chaque mois, au moment où survenait le molimen menstruel, dont il a été déjà parlé, la malade quitta l'hôpital. Nous ne l'avons plus revue depuis; mais nous avons appris qu'après un intervalle de deux ans, elle s'est adressée à M. Le Fort, qui l'a fait entrer dans son service de l'hôpital Beaujon, et qui va nous dire ce qui s'est passé à dater de ce moment (1) :

« Durant les deux années qui viennent de s'écouler la malade était restée soumise chaque mois aux mêmes accidents ; deux fois pendant cette période l'hémorrhagie supplémentaire se fit par la partie inférieure des jambes, et chaque mois la malade fut

(1) L. Le Fort, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. V, p. 790.

obligée de s'aliter pendant six à huit jours, sans pouvoir soulager des douleurs excessives qu'elle éprouvait dans le bas-ventre.

« A la fin de juillet 1875, elle se présenta à l'hôpital Beaujon, où M. Théophile Anger me remplaçait. A cette époque le cul-de-sac créé par les dix opérations faites par M. Labbé n'avait plus que 1 centimètre et demi de profondeur. M. Anger pratiqua une onzième opération dont j'ignore la nature, opération qui permit d'atteindre une certaine profondeur, mais qui fut suivie d'une pelvi-péritonite assez violente qui guérit lentement, mais m'empêcha de pouvoir songer à intervenir activement et même à examiner complétement l'état des choses. Je ne pus le faire qu'au commencement de décembre.

« A cette époque, le toucher me montra qu'il existait à l'endroit du vagin un infundibulum d'une profondeur de 3 centimètres environ, présentant un peu en avant de son fond un anneau circulaire, circonscrivant une ouverture fort étroite, au travers de laquelle on pouvait introduire, en forçant un peu, l'extrémité, du petit doigt. L'introduction d'un petit fragment d'éponge préparée me permit de mettre à découvert dans toute son étendue le cul-de-sac créé par les opérations antérieures. Une sonde introduite dans la vessie me montra que la paroi uréthro-vaginale était assez mince. Le toucher rectal permit de constater la présence d'une tumeur occupant la situation de l'utérus et en ayant les caractères, mais on ne trouvait rien pouvant ressembler au col utérin.

« Le 9 janvier, les douleurs habituelles se montrèrent du côté du bas-ventre. Je fus vivement frappé de

leur intensité. Toute tentative d'opération fut remise à quelques jours ; mais de quelle nature pouvait être cette opération?

« J'avais affaire, non à une imperforation, mais à une absence du vagin, avec cette circonstance défavorable que la rétention des menstrues n'avait pas amené, comme cela a été observé quelquefois, l'existence d'une collection sanguine au-dessous du col utérin. J'avais, pour me guider dans mon choix, les opérations faites antérieurement par quelques-uns de nos collègues, MM. Richet et Alph. Guérin, et par Huguier; le remarquable rapport fait à la Société de chirurgie par Verneuil, à propos d'une observation de M. Patry; j'avais du reste étudié antérieurement ce sujet dans ma thèse de concours sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin. La ponction par le rectum ne pouvait être discutée. La ponction simple dans l'axe du vagin me paraissait absolument contre-indiquée par suite de l'absence de tumeur menstruelle; l'opération par le bistouri avait réussi dans des mains habiles que j'ai citées plus haut, mais ici l'insuccès des onze tentatives faites antérieurement chez cette malade, les accidents qui avaient suivi la dernière, m'encourageaient peu dans cette voie. Au contraire, le décollement des parties molles sans l'emploi, ou du moins avec l'emploi très-restreint du bistouri, avait réussi entre les mains d'Amussat, en 1852; de Fletcheven, 1830; de Zeis (de Dresde); de M. Patry et de M. Bernutz ; c'est à un moyen analogue, mais plus puissant, quoique sans danger, que je résolus d'avoir recours. Voici quel fut ce moyen :

« Les courants continus faibles et permanents, dont j'ai fait connaître l'emploi en 1872, et que j'ai appelés, à cause de leur action : « *courants de nutrition* », — courants si faibles que le malade n'a pas conscience du passage de l'électricité, — ont cependant la puissance et l'inconvénient d'amener de petites eschares lorsqu'on laisse le réophore métallique, non recouvert d'un linge mouillé, en contact immédiat avec les tissus. Déjà, il y a quelques années, j'avais eu, avec grand avantage, recours à cette action pour combattre des rétrécissements annulaires du rectum ; je résolus d'y recourir de nouveau pour cheminer au travers de la cloison vésico-rectale et y creuser un conduit en aidant au décollement par la production de petites eschares.

« Le 17 janvier 1875, je commençai par chercher à sectionner la bride annulaire dont j'ai parlé, en employant le moyen suivant : je fabriquai un cône de buis au centre duquel passaient, de la base au sommet, deux fils de cuivre recouverts de gutta-percha et, par conséquent, isolés l'un de l'autre ; des fils dépouillés de leur enveloppe venaient extérieurement du sommet à la base du cône par les faces opposées et aux deux extrémités de chaque fil, tordues ensemble, je soudai une petite borne de cuivre permettant de fixer les fils conducteurs aboutissant à une batterie de six petits éléments Morin au sulfate de cuivre.

« L'appareil reste en place toute la nuit et, le lendemain matin, le toucher permet de constater que la bride, sectionnée sur deux points séparés et refoulée par le cône, a disparu.

« Du 17 janvier au 4 février l'appareil est mis en

place toutes les nuits, il ne cause aucune gêne et c'est à peine si la malade perçoit une sensation désagréable au moment de l'ouverture et de la fermeture du courant. Comme il s'agit alors de cheminer vers la profondeur, on ne laisse agir que la partie des fils qui correspond au sommet, sur le reste de leur trajet on les recouvre de collodion.

« Le 4 février l'apparition des douleurs mensuelles ordinaires suspend l'application du traitement. Le 12 février on le reprend; mais je substitue au premier appareil un mandrin cylindrique de bois, dont l'extrémité conique est en cuivre et reliée par une tige verticale métallique au fil positif de la pile. Une plaque d'étain enveloppée d'une compresse mouillée, en rapport avec le pôle négatif et placée sur l'abdomen, complète le circuit. Avec cet appareil, qu'on applique tous les deux jours, on fait de rapides progrès. Au bout de huit jours le doigt placé dans le vagin a peine à atteindre le cul-de-sac terminal.

« Lorsque le matin on enlève le mandrin, il entraîne avec lui un liquide roussâtre fétide, d'odeur gangréneuse, et pendant la journée la malade rend, à la suite des injections, de petits lambeaux semblables à des eschares.

« Le 26 la malade voit apparaître par le vagin un léger écoulement de sang ; la nuit suivante, elle éprouve cependant encore de violentes douleurs au bas-ventre, lesquelles persistent trois ou quatre jours, en même temps il y eut une légère hémorrhagie, la tuméfaction sus-malléolaire augmenta et devint douloureuse ; l'écoulement vaginal se faisait goutte à goutte et dura sept jours.

« Le 5 mars le toucher vaginal montre, dans le cul-de-sac creusé par l'appareil, de petites brides irrégulières, dues vraisemblablement à la chute des escharres. L'appareil est réappliqué le 5 au soir. Le lendemain matin le doigt ne rencontre plus les brides, s'enfonce à une profondeur de 9 à 10 centimètres, et s'arrête dans un infundibulum au fond duquel on sent comme un corps dur qu'on soupçonne être l'utérus.

« Le cul-de-sac formé est très-étroit, il faut maintenant élargir le canal nouvellement creusé. Je fabrique alors un instrument assez analogue aux pinces servant à élargir les gants et dont l'une des branches se termine par un bout de cuivre lié par un fil métallique à une borne que porte le talon de l'instrument; une vis sert à graduer l'écartement des branches.

« A partir du 8 mars, l'instrument est appliqué tous les soirs, mais on varie sa position pour atteindre les divers points du vagin, et l'on place, comme précédemment, le pôle positif dans le vagin et le pôle négatif sur le ventre.

« Les règles, irrégulières et douloureuses le 6 mars, reparaissent, à la fin d'avril, régulières, abondantes et peu douloureuses. La malade va au Vésinet le 9 mai et y reste jusqu'au 1er juillet; les règles apparaissent deux fois, le 31 mai et le 19 juin. Pendant son séjour, qu'elle dut malheureusement prolonger, elle fut atteinte de pneumonie.

« Elle rentre à l'hôpital le 1er juillet. En pratiquant le toucher, on voit que la rétraction cicatricielle a ramené à 3 centimètres de profondeur cet espèce de diaphragme perforé dont j'ai déjà parlé. Au delà la sonde montre que le canal persiste.

« Pour détruire définitivement cette sorte de sphincter, j'emploie un embout de gutta-percha revêtu d'une lame métallique en laiton, que je mets en rapport avec une batterie composée cette fois de vingt éléments Morin. Le diaphragme supprimé, il ne restait plus qu'à dilater largement le nouveau vagin, j'employai pour cet usage un dilatateur en bois que construisit mon interne, M. Bide, lequel, par les soins qu'il donna au traitement, a une part légitime dans le résultat obtenu. Enfin, le 29 juillet, j'introduisis un spéculum bivalve ordinaire, mais de petit calibre, et j'arrivai ainsi à constater l'existence d'un col utérin irrégulier, comme atrophié et qui est placé à 10 centimètres de l'entrée du vagin. Dans l'orifice du col, j'introduis alors l'hystéromètre qui pénètre dans la cavité utérine à une profondeur de 6 centimètres et demi. Le résultat obtenu est donc complet, et j'ajoute que depuis le mois d'avril la malade a eu des règles abondantes, non précédées et non accompagnées de douleurs. Mais pour que ce résultat soit permanent, il faudra, dans l'avenir, combattre la tendance bien connue au rétrécissement du canal artificiellement formé.

« A défaut de moyen physiologique, l'introduction, pendant la nuit, d'un pessaire intra-vaginal formé par une tige cylindro-conique, assurera la permanence de la guérison. »

Je ne pouvais pas, Messieurs, me contenter de résumer cette très-intéressante observation, car elle vous montre combien il faut être réservé avant de considérer un cas de ce genre comme étant absolument au-

dessus des ressources de l'art. Pardonnez-moi donc de vous l'avoir rapportée avec tous ses détails, puisqu'elle constitue une véritable conquête chirurgicale due à l'esprit ingénieux, hardi et persévérant de M. Léon Le Fort. Mais, à côté de cas semblables, que cet exemple nous autorise à considérer comme tout à fait encourageants, il en est d'autres dans lesquels on peut être assuré d'avance de n'obtenir aucun résultat favorable; c'est lorsqu'il y a absence de l'utérus en même temps que du vagin. L'utérus n'échappe pas, comme les ovaires, à nos investigations; sa présence est facile à constater, et lorsque nous ne le trouvons pas, nous devons nous abstenir de toute intervention active dont le moindre défaut serait d'être au moins inopportune, et qui pourrait facilement devenir dangereuse.

Les règles à suivre en pareil cas ont été tracées avec beaucoup d'autorité par M. Richet dans une savante leçon clinique qu'il a publiée au commencement de l'année 1872 (1), en rapportant l'observation d'une jeune fille de 23 ans, grande, forte et non réglée. Les dimensions de son bassin étaient normales ainsi que la conformation extérieure de sa vulve. Le clitoris parfaitement encapuchonné occupait sa situation normale, ainsi que l'urèthre. Les grandes et les petites lèvres étaient bien développées. En avant de l'anus et de la cloison recto-vaginale se voyaient de petites saillies de la muqueuse, constituées sans doute par les débris d'une membrane hymen récemment rompue et entourant l'orifice d'un canal qui

(1) Richet, *Leçon de clinique chirurgicale faite à l'Hôtel-Dieu* (dans l'*Union médicale*, 1872, p. 4 et 13).

paraissait être le conduit vaginal ; mais si l'on venait à pratiquer le toucher, le doigt était arrêté à 1 centimètre et demi de l'orifice vulvaire. Au delà de ce point, à 2 centimètres de la vulve environ, le rectum et la vessie étaient accolés l'un à l'autre, comme chez l'homme au-dessus de la prostate.

Aucun noyau, si petit qu'il fût, ne permettait de présumer l'existence d'un utérus même rudimentaire. En un mot, c'était un cas type d'*utérus deficiens*, avec absence du vagin.

Les douleurs lombaires qui survenaient chaque mois, accompagnées de pesanteur hypogastrique, de fatigue, de lassitude, de bouffées de chaleur au visage, étaient trop irrégulières dans leur apparition ou trop peu intenses pour permettre de se prononcer nettement sur l'existence ou l'absence des ovaires.

Le désir du mariage était sans doute le seul motif qui poussait cette jeune fille à réclamer l'intervention de la chirurgie.

Mais M. Richet s'est refusé à toute opération, se basant sur ce fait bien évident que la cloison recto-vésicale ne pouvait présenter, dans ce cas, assez d'étoffe, si l'on peut ainsi dire, pour la création d'un vagin artificiel ; opération qui d'ailleurs et dans de telles conditions exposerait presque certainement à la production d'une fistule recto-cutanée, vésico-cutanée ou vésico-rectale et n'aboutirait, dès lors, qu'à la production d'un trajet toujours irrité par le passage de l'urine ou des matières fécales et parfaitement impropre à remplir les usages du vagin.

La même résolution a été prise et justifiée sur les mêmes raisons par MM. Lallement et Lebert

(de Nancy) (1), dans un cas qui offrait la plus grande analogie avec celui de M. Richet. La jeune fille qui fait le sujet de cette observation était âgée de 20 ans et non réglée, lorsqu'elle consulta pour la première fois M. le docteur Lebert, le 3 janvier 1874. Depuis trois ans elle éprouvait des douleurs sourdes dans la région lombaire, avec céphalalgie, et pesanteur dans le bas-ventre. Ces divers symptômes douloureux avaient acquis depuis trois ou quatre mois une intensité croissante et se produisaient régulièrement tous les vingt-huit jours, sans qu'il y eût d'ailleurs le moindre écoulement menstruel.

L'exploration des organes génitaux fit constater à MM. Lebert et Lallement qu'il existait une oblitération complète de l'entrée du vagin. Entre les petites lèvres et le clitoris, normalement conformés, on voyait une surface muqueuse rosée, plane, sur laquelle se trouvait à 15 millimètres au-dessous du clitoris le méat urinaire normal et en outre six dépressions, dont trois laissaient pénétrer un stylet à quelques millimètres de profondeur et dont les trois autres étaient tout à fait superficielles.

En introduisant le doigt dans le rectum et une sonde dans la vessie, on pouvait constater que les parties molles séparant le cathéter du doigt explorateur n'avaient qu'une très-faible épaisseur. Cette minceur de la cloison uréthro-rectale démontrait l'absence du canal vaginal.

Mais ce n'est pas tout, le doigt introduit dans le rectum percevait, à 7 centimètres environ au-dessus

(1) Lallement et Lebert, *Observation d'absence congénitale du vagin et de l'utérus,* lue à la Société de médecine de Nancy, le 23 mai 1874.

de l'anus, une sorte de noyau fibreux disposé transversalement et faisant corps avec la paroi rectale au-dessous de la vessie.

Quelle était la nature de cette saillie? C'était là un point très-important à élucider et, bien qu'une exploration méthodique n'eût rien montré qui pût représenter une collection liquide due à une exhalation menstruelle, restée sans issue, MM. Lallement et Lebert, pour affermir leur conviction, eurent l'ingénieuse idée d'enfoncer une aiguille creuse de l'aspirateur Dieulafoy dans l'épaisseur de la cloison uréthro-rectale et de la conduire jusqu'au noyau fibreux qui représentait peut-être l'utérus.

Il n'y eut aucun écoulement. Cette exploration, sans donner une certitude absolue sur la nature exacte du noyau fibreux, permettait au moins d'affirmer l'absence de toute rétention du sang menstruel et d'un organe propre à l'exhaler.

En présence de cet état de choses, toute opération a été, comme je vous le disais, jugée inutile ou dangereuse et MM. Lallement et Lebert se sont, à juste titre, nettement prononcés pour l'abstention.

Cette abstention est du reste facile à réaliser lorsqu'on se trouve, comme dans les deux faits précédents, en face d'une jeune fille qui peut bien avoir le désir de se marier, mais à qui on fera facilement comprendre l'impossibilité de contracter une union sérieuse (1); mais en est-il de même lorsqu'on est en

(1) Je viens de voir tout dernièrement une jeune personne de 24 ans, qui m'a été adressée par mon collègue M. Polaillon, et qui a été déjà examinée par un honorable et savant praticien de Lille. — Elle n'a jamais été réglée et n'a jamais éprouvé la sensa-

présence d'une femme qui, dans son ignorance, a contracté un mariage et n'a reconnu son infirmité qu'à l'inutilité des efforts tentés par son mari?

Il est certainement parfois bien dur de rester complétement inactif en présence des sollicitations d'une malheureuse femme qui, après avoir acquis la douloureuse certitude qu'il lui est impossible de devenir mère, conserve encore l'espoir, absolument légitime, de rester épouse et demande que, à l'aide d'un artifice quelconque, on lui facilite les moyens d'accomplir au moins une partie de ses devoirs conjugaux. Je sais que, dans un cas de ce genre, M. Huguier ayant reconnu l'impossibilité de creuser un vagin véritable, entre la vessie et le rectum trop intimement accolés l'un à l'autre, et craignant d'ouvrir le péritoine, avait pris le parti d'agrandir inférieurement l'orifice de l'urèthre, puis de dilater graduellement ce canal de façon à le faire servir à l'acte de la copulation. Cette femme a quitté Paris dans un état qui permettait d'espérer que les choses pourraient se passer au gré de ses désirs ; mais elle n'a pas donné de ses nouvelles. On ignore donc quel a pu être le résultat obtenu.

En tout cas, il me paraît douteux que cette ma-

tion d'un molimen menstruel quelconque ; cependant elle a extérieurement tous les attributs du sexe féminin : des seins superbes, un bassin bien développé, une vulve parfaitement conformée; cette vulve est, sous l'influence de certaines excitations, mouillée par un liquide qui ne laisse aucune trace sur le linge, et qui est certainement sécrété par la glande vulvo-vaginale. Mais elle n'a ni vagin ni utérus, ainsi que j'ai pu m'en assurer par une exploration méthodique très-attentive ; ce qui ne m'empêche pas de me croire parfaitement autorisé à affirmer qu'elle est femme et qu'elle a des ovaires, quoique je n'aie pas pu sentir ces organes et en constater la présence *de tactu*.

nière de procéder puisse être érigée en règle de conduite absolue. Et on se demande alors ce que pourra devenir une malheureuse créature ainsi conformée, à côté de l'époux vers lequel l'attire peut-être une passion d'autant plus vive qu'elle ne peut pas être assouvie. Il ne faut pas croire, en effet, qu'une femme ainsi constituée ne possède ni les goûts ni les aspirations de son sexe. La malade de M. Huguier était éperdument amoureuse de son mari et elle se désespérait à l'idée qu'il pût offrir à d'autres les caresses qu'elle était incapable de recevoir. Celles qui lui ressemblent peuvent avoir les mêmes sentiments et l'on comprend sans peine qu'il en doive être ainsi puisqu'elles possèdent les organes essentiels et caractéristiques du sexe féminin.

C'est ce dont je puis vous donner la preuve irrécusable en mettant sous vos yeux les pièces d'anatomie pathologique provenant de l'autopsie d'un sujet qui se trouvait dans des conditions absolument identiques à celles qui ont été observées par M. Richet, ainsi que par MM. Lallement et Lebert.

La femme dont il s'agit était âgée de 60 ans lorsqu'elle est entrée dans mon service de l'hôpital de la Pitié, pour une cirrhose du foie, à laquelle elle a succombé. Elle était de taille moyenne, forte, vigoureuse, bien constituée, et avait toujours joui d'une bonne santé, jusqu'au moment où elle éprouva les premiers symptômes de la maladie qui la conduisit à l'hôpital. Elle ne présentait aucune conformation vicieuse apparente du squelette; ses seins étaient peu développés, son bassin n'était pas très-large. A son entrée à la Pitié, lorsqu'elle fut interrogée sur ses

antécédents, et en particulier sur l'état de sa menstruation, elle répondit qu'elle n'avait jamais été réglée. Le toucher vaginal, pratiqué immédiatement, montra que le doigt introduit dans la vulve ne pouvait pénétrer au delà de la première phalange et se trouvait arrêté immédiatement par un obstacle infranchissable. Si on poussait plus loin l'examen, en s'aidant du toucher rectal combiné avec la palpation abdominale, on ne trouvait en avant du rectum aucune résistance pouvant permettre de reconnaître l'utérus, même à l'état rudimentaire; on ne sentait en aucune façon les ovaires.

La malade donnait les renseignements suivants relatifs à ses fonctions génitales : elle n'avait jamais eu d'hémorrhagies supplémentaires, soit du côté des reins ou des poumons, soit vers d'autres organes. A aucune époque de son existence, elle ne se souvenait d'avoir éprouvé de douleurs revenant périodiquement tous les mois et annonçant un molimen hémorrhagique.

Cette femme s'est mariée deux fois, la première à l'âge de 17 ans; mais ni avec son premier, ni avec son second mari, non-seulement elle n'a jamais éprouvé la moindre sensation voluptueuse pendant le coït, mais toutes les tentatives faites pour accomplir cet acte lui ont été douloureuses, quoiqu'elle s'y prêtât volontiers. Elle ne demandait ni ne désirait les rapprochements sexuels; elle subissait les caresses de son mari avec la plus grande indifférence et dans le seul but de lui être agréable. Jamais, suivant le dernier, qui nous a fait à ce sujet les confidences les plus complètes, elle n'a fait la moindre tentative provoca-

trice à ce sujet, car, ajoutait-il, « ce n'était pas là son fort; » en outre elle nous a dit elle-même n'avoir jamais eu le moindre désir érotique, même en rêve.

Après quelques semaines de séjour à l'hôpital, cette femme succomba au progrès de son affection hépatique ; voici les résultats fournis par son autopsie, en

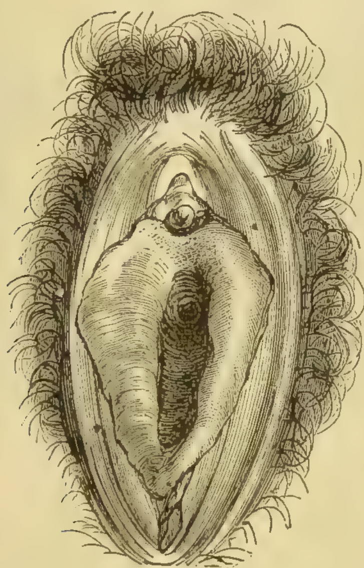


Fig. 19. — Vulve d'une femme agée de 60 ans, et qui a été mariée deux fois, quoique privée d'utérus et de vagin.

sus des lésions du foie sur lesquelles je n'ai pas à m'arrêter en ce moment.

Les organes génitaux externes sont bien conformés (*fig.* 19), le pubis est couvert de poils, la vulve offre son aspect normal ; les grandes lèvres n'ont rien de spécial ; mais les petites sont saillantes, flétries et présentent une coloration brunâtre, indice d'excitations répétées ; ce qui ne concorde pas avec l'excessive indifférence qui nous a été signalée. Le cli-

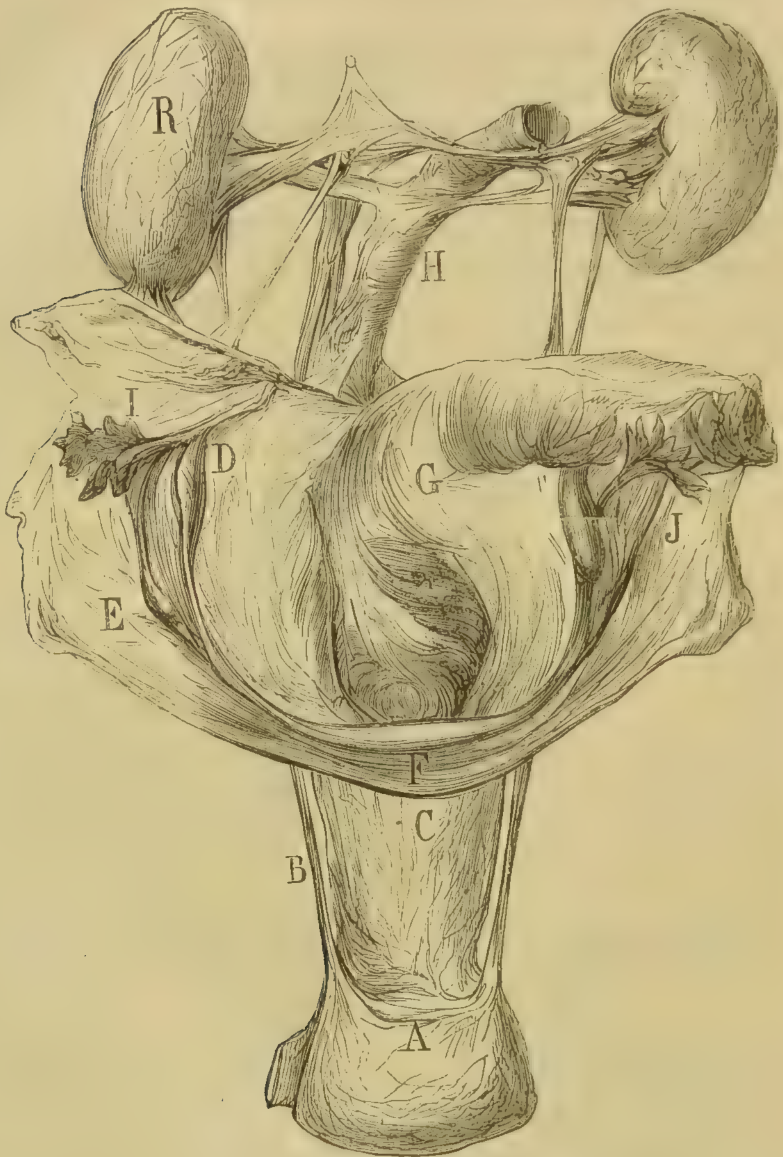


Fig. 20. — Absence d'utérus et de vagin (*).

(*) A, face postérieure de la vessie qui a été rabattue en avant sur le pubis, après dissection du péritoine relevé lui-même vers le cordon F qui représente l'utérus rudimentaire. — B. Uretère du côté droit; C, face antérieure du rectum que rien ne séparait de la face postérieure de la vessie A. — F, cordon fibreux transversal représentant l'utérus rudimentaire; D, ovaire droit; I, pavillon de la trompe du côté droit; J, pavillon de la trompe gauche; E, point de bifurcation du cordon formant l'utérus rudimentaire d'où partent la trompe, I, et le ligament de l'ovaire D; — G, rectum; H, aorte; R, rein droit.

toris est bien conformé, de dimension normale et bien encapuchonné.

Après avoir écarté les petites lèvres, on voit que le vagin n'existe pas et se trouve représenté par une dépression de 4 centimètres seulement, qui se termine en infundibulum. L'orifice externe de l'urèthre est refoulé au fond de cet infundibulum et à sa partie supérieure ; au-dessous de lui, on aperçoit une saillie représentant le tubercule antérieur du vagin.

Il n'existe pas d'utérus, et, dans la région qu'il devrait occuper, on constate la présence d'une bande fibreuse (*fig.* 20) de quelques millimètres d'épaisseur, que le toucher rectal n'aurait jamais pu faire reconnaître.

Cette bande est située à environ 6 centimètres de l'extrémité postérieure de l'infundibulum qui représente le vagin; dans l'intervalle qui sépare ce dernier de la bande fibreuse, la paroi postérieure de la vessie A, est en contact immédiat avec la face antérieure du rectum C, dont elle n'est séparée que par une mince couche de tissu cellulaire.

Le cordon fibreux qui occupe la place de l'utérus est à peu près cylindrique, et n'a pas plus de 3 millimètres de diamètre. En arrière, entre lui et le rectum, se trouve un cul-de-sac péritonéal ayant 4 centimètres de profondeur : en tirant sur la séreuse, on remarque à sa surface des plis qui rappellent les replis de Douglas. Cette bande fibreuse a 12 centimètres environ de longueur; elle est étendue transversalement au-dessus du détroit supérieur du bassin, en arrière de la vessie, et décrit une courbe à concavité postérieure dont les extrémités se terminent dans

chaque fosse iliaque au niveau de la symphyse sacro-iliaque, par un petit tubercule arrondi E, au-dessus duquel elles se bifurquent. Les branches de bifurcation sont représentées, à droite et à gauche, l'une, située en dehors, par la trompe de Fallope I bien conformée avec son pavillon frangé, l'autre par un ligament auquel est appendu l'ovaire D également bien conformé et situé plus en dedans.

A droite, la trompe a 8 centimètres de longueur; un mince fil métallique introduit dans son pavillon pénètre de 3 centimètres 1/2 : sur son trajet on voit quelques petites kystes du volume d'un grain de millet, qui ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre d'ordinaire dans cette région. Le ligament de l'ovaire a 3 centimètres de longueur, et l'ovaire lui-même a 3 centimètres 1/2 dans son diamètre longitudinal. Cet organe est rugueux, couvert de petits kystes analogues à ceux de la trompe; son enveloppe est dure, épaisse, *il ne contient pas de trace de corps jaunes,* mais dans son intérieur on voit des vésicules de de Graaf parfaitement reconnaissables.

A gauche, la trompe a 8 centimètres et demi de longueur ; elle est aussi perméable dans une étendue de 3 centimètres 1/2. Le ligament de l'ovaire a 28 millimètres et l'ovaire 25 millimètres dans son plus grand diamètre. Ce dernier est un peu en dedans et plus éloigné du rein que celui du côté opposé. Sur le trajet de la trompe et sur l'ovaire, on ne trouve pas les petits kystes observés à droite sur ces organes. A la coupe, l'ovaire gauche présente absolument le même aspect que le droit.

De chaque côté, en arrière de l'ovaire et de la trompe,

on trouve un infundibulum péritonéal dans lequel on peut introduire le doigt : cet infundibulum est plus marqué à gauche qu'à droite. En examinant avec attention les ovaires, on remarque des adhérences péritonéales qui fixent ces organes principalement à droite, où des brides fibreuses s'étendent de la partie supérieure de l'ovaire jusqu'au point qui correspond assez exactement à l'extrémité inférieure du même côté.

De ces détails anatomiques, il résulte bien clairement que la conformation extérieure de cette femme était absolument la même que celle des malades de M. Richet et de MM. Lallement et Lebert. Elle possédait une vulve bien conformée, mais sans vagin; *le vagin inférieur* lui-même manquait, et, si nous avons trouvé un infundibulum de 4 centimètres de profondeur à la place de ce conduit, ce n'est pas à dire pour cela que ce dernier existât, même à l'état rudimentaire, mais seulement que, sous l'influence des pressions exercées par des tentatives de coït, réitérées pendant quarante ans, la vulve a été déprimée, repoussée en arrière. Cela est si vrai, que le méat urinaire, suivant ce mouvement de refoulement, se trouve porté beaucoup plus loin en arrière qu'il ne l'est à l'état normal. Une disposition pareille tendait déjà à se produire chez la malade de M. Richet, qui, pour avoir subi des approches moins fréquentes, avait cependant déjà été soumise à plusieurs tentatives de coït, et dont le méat commençait aussi à s'enfoncer derrière le pubis.

Avec une pareille similitude de conformation extérieure, il me paraît difficile d'admettre que la dispo-

sition des organes intérieurs ne soit pas absolument la même chez tous ces sujets, d'autant plus que toutes les explorations ont donné des résultats identiques. C'est pourquoi M. Richet, et à son exemple MM. Lallement et Lebert ont eu raison de penser que, chez leurs malades, l'utérus et *le vagin supérieur* font complétement défaut, et que la vessie ne se trouve séparée du rectum que par une mince couche de tissu celluleux, comme cela avait lieu chez le sujet de mon observation. Aussi ont-ils eu grandement raison de se refuser à entreprendre une opération, dans le but de créer un vagin artificiel, pour aller à la recherche d'un utérus qui doit être complétement absent ou représenté par une simple bandelette de 3 millimètres d'épaisseur, comme celle que l'on voit sur la pièce que je vous présente.

Quant aux ovaires, tout fait présumer qu'ils existent chez ces deux sujets comme chez le nôtre; mais on conçoit qu'ils aient échappé à toutes les explorations; d'abord parce qu'il en est toujours ainsi à l'état normal et sain; puis, parce que, dans un cas pareil à celui qui nous occupe, ils peuvent, comme cela avait lieu chez ma malade, être situés beaucoup plus haut qu'à l'état normal, et devenir ainsi complétement inaccessibles à tous les moyens d'investigation que l'on peut mettre en usage pour déterminer leur présence.

La femme dont je viens de vous rappeler l'histoire n'a jamais été réglée, et elle a dit n'avoir jamais éprouvé aucun symptôme pouvant permettre de penser que, chez elle, l'acte de l'ovulation se fût produit, soit périodiquement, soit à des époques irrégulières. Toutefois, cette assertion ne saurait être admise d'une manière abso-

lue, car — bien que cette femme ait affirmé n'avoir jamais eu de phénomènes congestifs du côté du ventre, que l'on puisse attribuer à un molimen hémorrhagique — les traces partielles de péritonite trouvées autour des ovaires ne peuvent s'expliquer que par de fortes congestions survenues à des époques éloignées ; congestions qui se sont certainement traduites par quelques troubles symptomatiques, indices d'un effort de menstruation dont la malade avait perdu le souvenir.

En tout cas, ses ovaires existaient de façon à ne pas laisser le moindre doute sur la nature de son sexe, et leur surface présentait des rugosités montrant qu'ils ont fonctionné, et qu'à un certain moment ils ont été le siége de phénomènes résultant de la ponte ovulaire. Ils doivent exister de même chez le sujet de M. Richet, chez celui de MM. Lallement et Lebert, chez celui de M. Polaillon. Ces individus sont, de par leur vice de conformation, complétement incapables, non-seulement de concevoir, mais même de coopérer d'une façon satisfaisante à l'acte de la copulation; on doit cependant reconnaître que ce sont des femmes auxquelles rien ne nous autorise à refuser cette qualité de femme.

En effet, et c'est un point sur lequel on ne saurait trop insister, l'absence ou l'imperforation congénitale du vagin n'enlève à la femme aucun des attributs essentiels de son sexe, quoiqu'elle la rende incapable d'en remplir les fonctions. Mais cette incapacité n'est pas toujours irrémédiable, comme vous l'avez pu voir d'après le remarquable exemple qui nous a été fourni par M. Le Fort, et, en tout cas, avant de prononcer sur la question de savoir si une femme ainsi conformée ne peut pas être rendue à ses devoirs d'épouse, il faut la

soumettre à un examen attentif et consciencieux, comme l'a fait M. Richet, comme l'ont fait MM. Lallement et Lebert. C'est ce qui n'a pas eu lieu dans un cas à propos duquel on a, par un jugement solennel, retiré à une personne sa qualité de femme et annulé le mariage qu'elle avait contracté depuis près de trois ans. Je ne puis m'empêcher de vous parler de cette affaire, qui a eu un assez grand retentissement et qui crée un précédent aussi fâcheux au point de vue des principes de la physiologie que de ceux du droit.

Une personne inscrite sur les registres de l'état civil sous le nom de Justine J... se marie le 20 décembre 1866, étant alors âgée de 25 ans. La conformation de ses organes est telle que la consommation du mariage est rendue impossible; mais celui qui l'a épousée reste fort longtemps sans se plaindre, et c'est seulement au bout de deux ans qu'il introduit une demande en nullité de mariage, fondée sur ce que la personne qu'il a épousée n'est pas une femme, « *qu'elle ne possède aucun des organes naturels distinctifs de la femme, qu'elle n'a ni seins, ni ovaires, ni matrice ni vagin; que son bassin est conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme et que, quoique âgée de 27 ans, elle n'a jamais eu encore ni règles, ni douleurs lombaires et abdominales périodiques.* » Le tribunal ordonne que l'état de Justine J... sera constaté par une expertise, à laquelle elle refuse de se prêter, tout en présentant un certificat dans lequel ses parties sexuelles sont décrites dans les termes suivants par un médecin, fort honorable et fort instruit, M. le Dr Carcassonne :

« Mme Justine J... a toutes les apparences du sexe

« féminin. Les parties externes de la génération, « mont de Vénus, grandes et petites lèvres, clitoris « et ouverture du méat urinaire, tout est conformé « comme chez la femme, mais *il n'y a pas de vagin* ou, « du moins, ce conduit, s'il existe, est imperforé. Il suit « de là que l'acte de la copulation *est impossible* et, « par suite, la fécondation.

« Les *seins sont peu développés, le bassin peu « large,* mais rien, du reste, ne rappelle le sexe mas- « culin ni ses attributs. »

Cette affaire a été portée devant la Société de médecine légale qui, d'après un rapport très-sage et très-sensé de M. Dolbeau (1), a refusé de se prononcer sur la grave question qui lui était posée, ne trouvant pas, dans les pièces dont elle avait reçu communication, des éléments suffisants pour motiver une réponse aussi nette et aussi catégorique que celle qu'on lui demandait. Cependant, et tout en m'associant à la décision qui a été prise, j'ai cru devoir émettre cet avis, qu'en cas pareil, si l'on tient compte d'une part du certificat ci-dessus, d'autre part des enseignements fournis par le fait que je viens de rapporter, et dont les pièces viennent d'être mises sous vos yeux, il y a lieu de supposer que Mme Justine J... est une femme mal conformée et non pas un homme mal conformé, comme l'a prétendu celui qui avait intérêt à faire déclarer la nullité du mariage qu'il avait contracté avec elle.

Tel n'a pas été l'avis de la justice, puisque, après de longues discussions, il a été rendu un jugement qui a déclaré la nullité de ce mariage, et autorisé par suite

(1) Dolbeau, *Bull. de la Société de médecine légale*, t. II, p. 311 et s.

l'ancien époux de Justine J... à en contracter un nouveau plus conforme à ses goûts, ce qui du reste a été fait.

Qu'un homme qui vient d'épouser une femme ainsi conformée se trouve fort affligé au lendemain de son mariage, et qu'il fasse tous ses efforts pour briser le lien qui l'unit à elle, cela se conçoit à merveille. Mais les choses seraient-elles différentes si, au lieu d'un vice de conformation congénital, il se trouvait en présence d'une difformité acquise? Est-ce qu'on ne peut pas supposer telle maladie, telle lésion traumatique par suite de laquelle il se sera produit dans le petit bassin des désordres, des cicatrices, des adhérences de telle nature que le conduit vaginal ne puisse plus être rétabli, et que les fonctions génitales ne puissent plus s'accomplir en aucune façon? Faudra-t-il dénier à l'individu qui aura subi ces difformités acquises, les qualités propres à son sexe, et annuler le mariage qu'il aura contracté? N'avons-nous pas vu une des femmes dont je vous ai rapporté les observations, celle dont je vous ai fait voir les organes, se montrer assez peu scrupuleuse pour oser contracter deux mariages successifs, sans que ni l'un ni l'autre de ses deux maris ait songé à se plaindre, quoiqu'il leur ait été aussi impossible à l'un qu'à l'autre d'accomplir complétement leurs devoirs conjugaux? Passons à l'autre sexe; est-ce que l'on annulerait le mariage parce qu'un homme aurait subi une mutilation qui l'aurait privé de la totalité de ses organes génitaux, en y comprenant même les testicules, et l'aurait rendu ainsi impropre, non pas seulement aux fins du mariage, mais aux actes qui précèdent et préparent cette fin? — Non, ce sont là

des faits d'impuissance et notre loi française n'admet pas que le mariage puisse être rompu pour cause d'impuissance. Que l'on modifie cette loi, je ne m'y oppose pas, qu'on y introduise le principe du divorce si l'on veut, ce sera certainement là le cas ou jamais d'en faire l'application; mais que l'on ne la torture pas de façon à y introduire en fait, sous prétexte d'annulation de mariage, des décisions qui ne seraient que des divorces mal déguisés.

Dans l'espèce, la sentence prononcée prête d'autant plus à la critique qu'elle se base sur le refus de Justine J... de se laisser examiner par les experts, pour admettre, comme acquises, les allégations formulées par son mari; ainsi que cela résulte des passages suivants de ce document :

« Attendu que J. J... a formellement refusé de se soumettre à la visite personnelle par l'expert.... etc.;

« Attendu que le certificat officieux délivré par le docteur Carcassonne n'ayant rien révélé sur l'absence articulée par D... chez Justine J... des ovaires et de la matrice, il y a lieu de rechercher avec les données de la science si ces deux organes essentiels féminins lui font également défaut..;

« Attendu que l'art médical paraît posséder aujourd'hui des moyens de diagnostic assez précis pour reconnaître, principalement dans le bassin d'une femme maigre, comme l'est Justine J..., les ovaires et surtout la matrice, et si ces organes existent chez elle dans leur développement naturel;

« Attendu que, ce moyen d'appréciation manquant par la faute de cette dernière, à cause de son refus de se laisser visiter par l'expert, on se trouve réduit à

ne pouvoir déduire l'absence probable, dans la personne, de ces deux organes que par des présomptions tirées des faits déjà acquis... ;

« Attendu que toutes ces déductions doivent puiser une nouvelle force dans la désobéissance formelle aux prescriptions de la justice par la partie défenderesse de se laisser visiter, etc... (1). »

Si une semblable jurisprudence pouvait être admise, il en résulterait ceci, que, dans notre pays où le divorce n'existe pas et où l'on n'admet pas que la simple séparation de corps puisse être prononcée par suite du consentement mutuel des conjoints, il suffirait de ce consentement pour obtenir la nullité du mariage, chose bien autrement grave que la séparation de corps ou même que le divorce. — Supposez, en effet, deux époux qui, après avoir donné à leur union toutes les consécrations possibles, s'en viennent à reconnaître, au bout de deux ans, que la vie commune leur est également insupportable, et se mettent d'accord pour reconquérir leur liberté. Il suffira que, par suite de cet accord, le mari introduise une instance dans laquelle il articulera que sa femme est mal conformée, qu'elle est privée des organes propres au sexe féminin, etc., etc.; cette dernière se refusera à la visite que le tribunal ne manquera pas d'ordonner, et... le tour sera joué !

L'homme pourra se remarier; mais la femme le pourra-t-elle? et qu'adviendra-t-il si elle parvient à avoir des enfants? Qui donc oserait affirmer que Justine J... ne finirait pas par en avoir si elle se sou-

(1) Jugement du tribunal d'Alais du 28 janvier 1873.

mettait à l'opération qui a si bien réussi entre les mains de M. Le Fort? — Cette opération n'aurait aucun succès et ne pourrait pas être tentée chez la malade de M. Richet, chez celle de MM. Lallement et Lebert, chez celle de M. Polaillon, j'en conviens, mais pourquoi? parce qu'on s'est assuré que si ces femmes ont des ovaires, elles n'ont pas d'utérus. Mais comment s'est-on assuré que Justine J... n'a pas d'utérus et encore moins d'ovaires? Jamais elle n'a été soumise à un examen assez complet pour cela, et on s'est borné, pour lui dénier les attributs de son sexe, à des inductions qui ne reposent sur aucune constatation scientifique.

Dans le cours des débats, auxquels cette singulière affaire a donné lieu, on a agité la question de savoir si un individu pouvait être conformé de façon à ne présenter aucun des organes constitutifs de l'un ou de l'autre sexe, et s'il ne fallait pas admettre, comme intermédiaires entre l'homme et la femme, des *êtres neutres* n'appartenant à aucun sexe. Il n'existe, que je sache, aucun fait parfaitement authentique sur lequel on se puisse appuyer pour établir cette doctrine de la neutralité sexuelle absolue. Peut-être pourrait-elle être admise à la rigueur dans le fait de M. Martin, que je vous ai rapporté plus haut (1); mais il s'agit là d'un monstre tellement difforme qu'il n'a pas vécu, et encore l'observateur distingué qui l'a examiné a cru pouvoir le rattacher au sexe féminin.

Par contre, on est autorisé à se demander si le même individu ne peut pas présenter à la fois les organes des deux sexes, et sur ce point la réponse ne

(1) Voyez p. 149.

saurait être douteuse; mais la question a besoin d'être étudiée avec une certaine attention pour pouvoir être résolue d'une façon convenable.

L'*hermaphrodisme*, c'est-à-dire la réunion des organes appartenant aux deux sexes, assez également développés, et disposés de telle sorte qu'un individu se puisse féconder lui-même, et accomplir tous les actes de la génération, sans le secours d'un autre individu de son espèce, ne se rencontre ni dans l'espèce humaine ni chez aucun autre mammifère.

Mais il peut arriver que, sur le même individu, on rencontre des organes propres aux deux sexes, et cela s'explique facilement si l'on veut se rappeler comment se développent les organes génitaux. Ce qui commande la détermination du sexe, c'est la formation de la glande génitale, et par suite la persistance ou l'oblitération du canal de Muller. Nous avons vu quels vices de conformation peuvent résulter d'une évolution irrégulière des canaux de Muller.

C'est l'impulsion donnée par ce développement des organes internes qui réagit sur tout le système, et détermine la formation des organes génitaux externes.

Je vous ai dit quels désordres peuvent se produire dans la portion intermédiaire interposée entre des organes génitaux internes parfaits et des organes externes irréprochables, lorsque leur jonction ne se fait pas ou s'opère d'une façon défectueuse. Supposons maintenant que l'ordre donné par la glande génitale ne s'exécute pas sur le feuillet externe du blastoderme. Il pourra arriver qu'à des organes génitaux internes d'un sexe correspondront les organes externes de l'autre sexe. Il en est quelquefois ainsi ; mais il faut

bien dire que les organes externes sont alors toujours plus ou moins imparfaits, et, en tout cas, comme ce ne sont pas eux qui dominent le sexe, c'est à la glande génitale elle-même qu'il convient de se reporter pour en fixer la détermination.

L'erreur est souvent difficile à éviter, et il n'est pas rare de voir inscrire sur les registres de l'État civil, comme filles des garçons affectés d'hypospadias; comme garçons des filles pouvues d'un clitoris trop volumineux. Lorsqu'il en est ainsi, il se produit au moment de la puberté toute une série de phénomènes qui peuvent permettre de reconnaître alors le véritable sexe du sujet, et souvent même il est un peu tard pour parer aux inconvénients résultant de l'erreur qui a été commise.

Dans les cas les plus délicats et les plus difficiles à résoudre, se rapportant à ce qu'on a appelé l'*hermaphrodisme transverse*, avec organes génitaux externes d'un sexe, et organes internes d'un sexe différent, ce qui domine toujours, c'est la présence au-dessous du pubis d'un appendice charnu, plus ou moins saillant, qui peut être pris indifféremment pour un pénis ou pour un clitoris.

M. Le Fort, dans sa thèse si riche de faits, n'a pu citer que deux observations dans lesquelles cet appendice ait manqué, alors que la glande génitale était un testicule (1). On est donc parfaitement autorisé à supposer que cette glande génitale doit être un ovaire toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une vulve bien conformée, sans saillie anormale du

(1) Le Fort, *loc. cit.* Obs. XV empruntée à Sheghelner. Obs. XVI, empruntée à Ricco.

clitoris. C'est ce qui existait chez la femme dont j'ai fait l'autopsie, chez la malade de M. Richet, chez celle



Fig. 21. — Marie-Madeleine Lefort à l'âge de 16 ans.

de MM. Lallement et Lebert, et ce qui paraissait

également exister chez Justine J..., car si elle eût eu entre les cuisses une partie assez proéminente pour

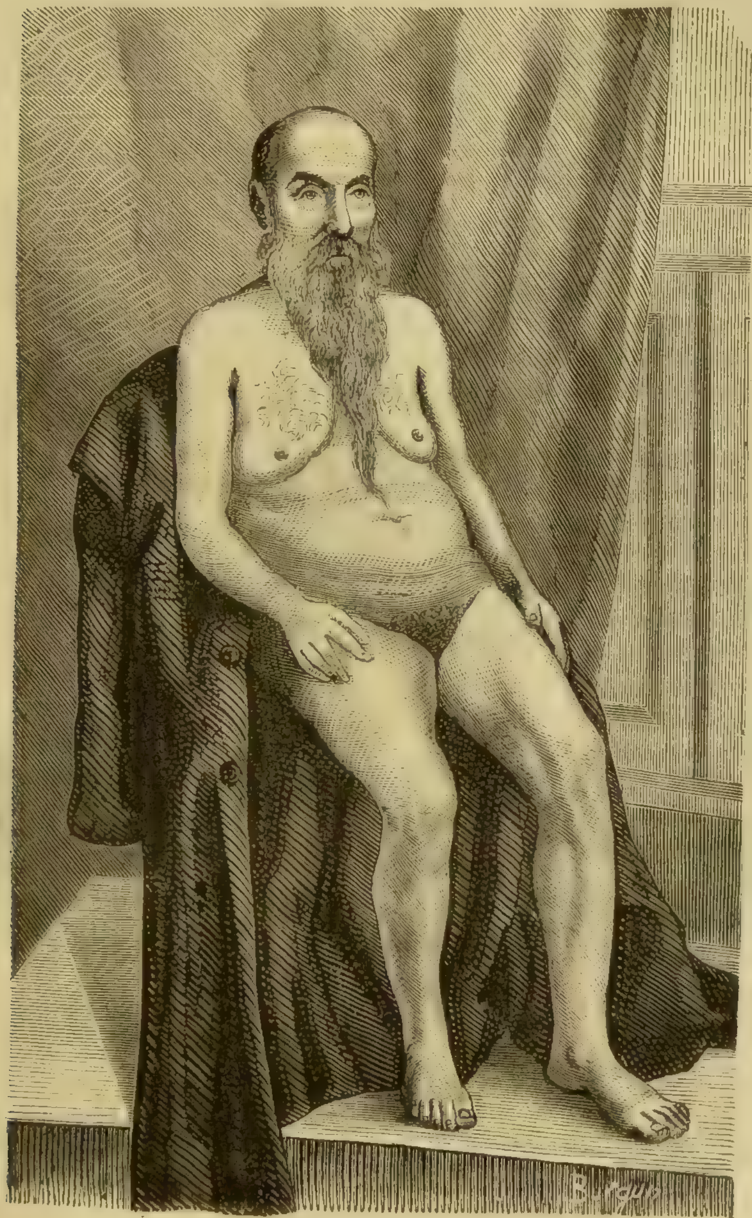


Fig. 22. — Marie-Madeleine Lefort à l'âge de 65 ans.

simuler un membre viril, on n'aurait pas manqué

d'en parler au cours du procès qu'elle a eu à soutenir.

Mais si l'absence de cet appendice, qui par sa forme et ses dimensions rappelle plus ou moins complétement le membre viril, est suffisante pour faire exclure l'hypothèse du sexe masculin, sa présence est loin

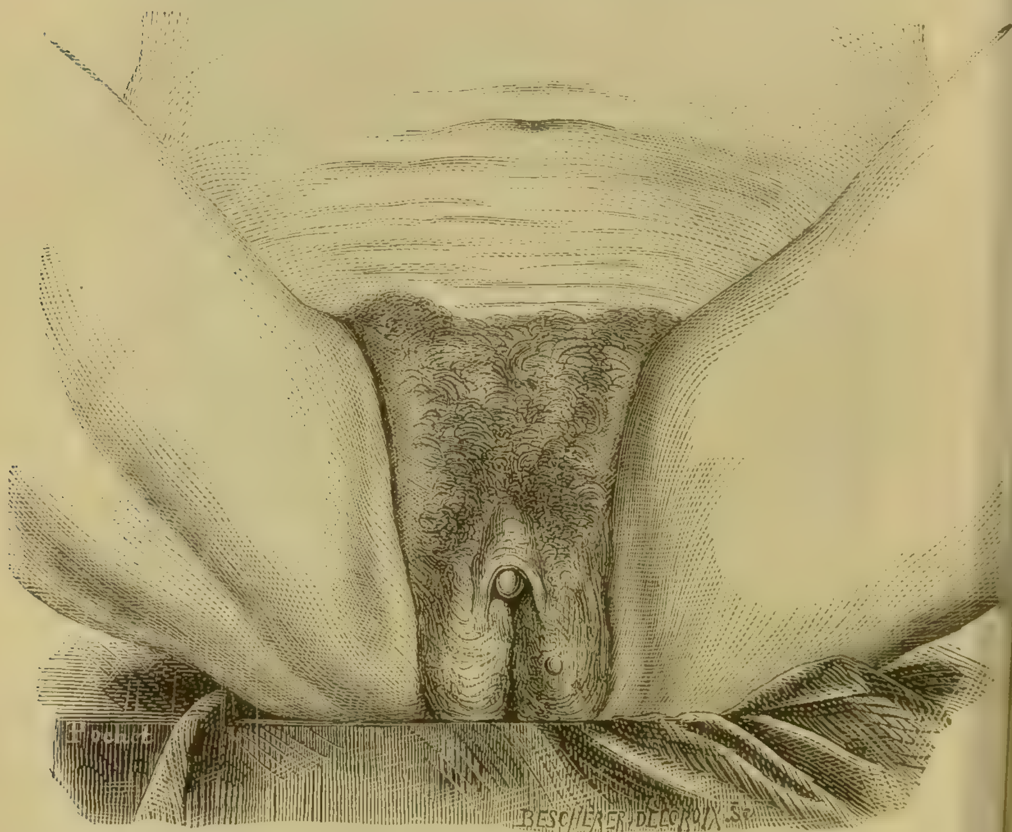


Fig. 23. — Marie-Madeleine Lefort. — Aspect extérieur des organes génitaux.

d'être la caractéristique de ce sexe. On a trouvé, en effet, un appendice semblable chez nombre d'individus appartenant bien manifestement au sexe féminin.

C'est alors un clitoris, tellement développé qu'il a

pu être pris pour un membre viril, auquel ses dimensions lui ont permis d'être substitué dans l'acte de la copulation, chez des sujets appartenant manifestement au sexe féminin, comme l'examen ana-

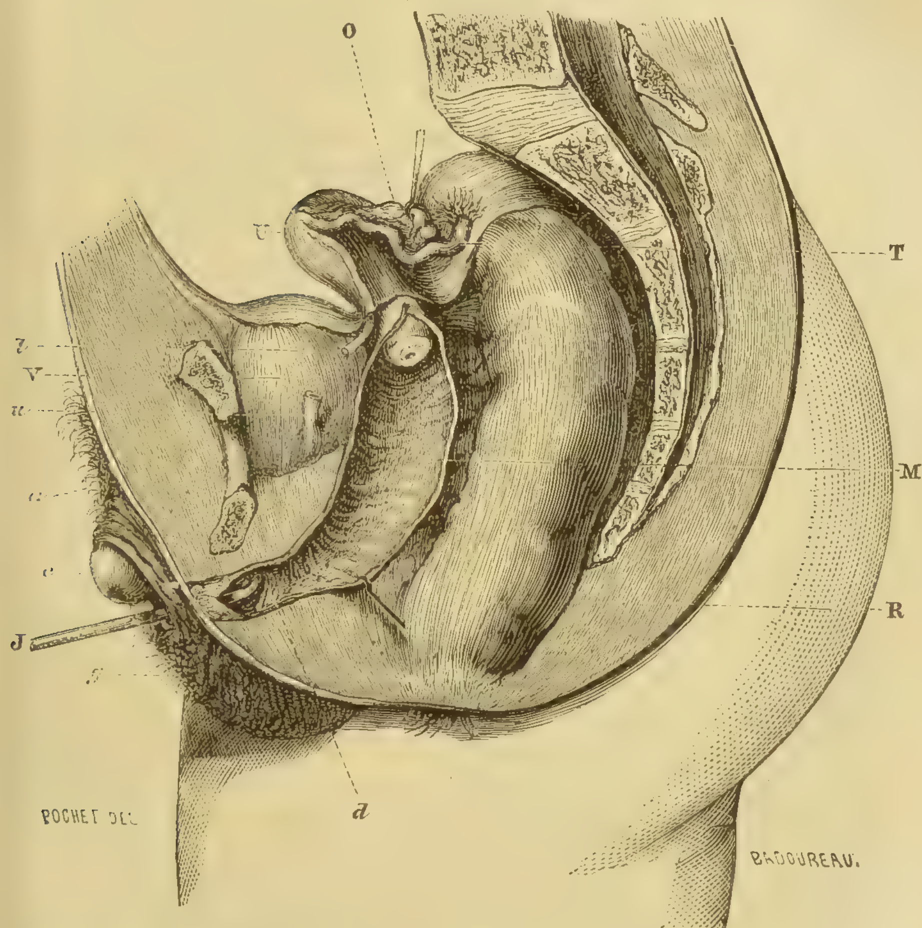


Fig. 24. — Marie-Madeleine Lefort. Coupe du bassin montrant les organes génitaux (*).

tomique l'a démontré. C'est ce qui existait chez J. Marzo, dont le professeur L. Crechio, de Naples,

(*) J, sonde passant par l'ouverture principale au-dessous du clitoris; M, vagin; O, ovaire; T, trompe; U, utérus; *l*, ligament rond; V, vessie; *u*, uretère; *d*, orifice de l'urèthre; R, rectum; *g*, grandes lèvres.

a fait l'autopsie en 1865. C'est ce qui existait également chez la célèbre Marie-Madeleine Lefort, qui a été examinée par Béclard, en 1815, et autopsiée en 1865 à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Je dois à l'obligeance de M. le Dr Bras de Villefranche (Aveyron) un dessin recueilli par Alibert et qui représente cet individu tel qu'il était en 1815 (fig. 21). Je crois devoir le mettre en regard de celui qui a été fait au moment de sa mort (fig. 22). Du rapprochement de ces deux figures, il résulte bien clairement que cet individu avait beaucoup des attributs extérieurs du sexe masculin (fig. 23). Et cependant Béclard, après l'avoir examiné attentivement, avait déclaré que c'était une femme et l'autopsie a montré la parfaite exactitude de ce diagnostic. Elle a montré de plus qu'il aurait suffi d'une opération bien simple pour permettre à cette femme de remplir les fonctions dévolues à son sexe (fig. 24).

Un des exemples les plus curieux de cet hermaphrodisme transverse, qui se rapporte aussi au sexe féminin, est celui du nommé Valmont dont l'autopsie a été faite par M. Bouillaud (1), avec le concours de M. Manec. Cet individu qui était âgé de 62 ans avait été marié comme homme, mais on n'a pu savoir comment s'étaient accomplies ses fonctions sexuelles. Il avait une verge moyenne, terminée par un gland bien conformé, ainsi que le prépuce dont il était couvert; et avec cela deux ovaires, semblables, pour leur forme et leur structure, à ceux d'une jeune fille de

(1) Bouillaud, *Exposition raisonnée d'un cas de nouvelle et singulière variété d'hermaphrodisme observé chez l'homme* (*Journal hebd. de méd. et chir. pratique*. Paris, 1833).

15 à 16 ans, deux trompes utérines avec leur pavillon et leur petite extrémité s'ouvrant dans l'utérus comme chez une femme bien constituée. Cet utérus, dont la conformation ne laissait rien à désirer, occupait sa place accoutumée entre le rectum et la vessie, et se continuait avec un vagin long d'environ 6 centimètres, qui s'ouvrait, par un orifice d'environ 3 millimètres de diamètre, dans la portion membraneuse de l'urèthre. Évidemment cet individu était une femme, et son hermaphrodisme n'était seulement qu'apparent.

Il est aussi plus apparent que réel dans les cas que l'on a réunis sous le nom d'*hermaphrodisme vertical* ou *double* et dans lesquels on serait tenté de supposer qu'il peut y avoir du même côté un testicule et un ovaire, mais qui se rapportent bien plutôt à des formations incomplètes d'oviductes ou d'utérus, coïncidant avec des testicules plus ou moins imparfaits.

La seule forme qui doive être scientifiquement admise est l'*hermaphrodisme latéral*, dans lequel l'individu possède un testicule d'un côté et un ovaire de l'autre. Le mécanisme s'en comprend à merveille, quoique les cas de cette nature soient fort rares. Le développement des deux glandes génitales ne s'est pas fait d'une façon synergique. D'un côté le canal de Muller s'est oblitéré, de l'autre il s'est développé et chacune des deux glandes a évolué indépendamment de sa congénère. Dans ces cas les organes génitaux externes offrent les deux types réunis, et au-dessous d'une verge plus ou moins bien conformée on peut trouver une fente vulvaire, conduisant dans un vagin de dimension convenable ; tandis que parfois le testicule se retrouve soit dans l'anneau inguinal corres-

pondant, soit dans un repli cutané qui limite d'un côté la fente vulvaire et figure le scrotum..

Cet hermaphrodisme peut être reconnu pendant la vie et la qualité de l'individu qui en est atteint est d'autant plus difficile à déterminer qu'il peut être, dans certains cas, apte à accomplir l'acte sexuel en remplissant indifféremment les fonctions de mâle ou de femelle. Un des faits les plus curieux de ce genre m'a été communiqué par M. le Dr Lutaud qui l'a emprunté à un journal américain (1). « Catherine Hohman est née en 1824, dans un village de la basse Franconie. Elle a passé les quarante premières années de sa vie en Allemagne, avec un état civil et des vêtements féminins. Les organes génitaux et les mamelles se sont développés vers l'âge de 12 ans; et, à 17 ans, elle prit un amant avec lequel elle vécut en concubinage pendant près de vingt ans.

Les rapports sexuels ont dû être très-incomplets puisqu'il n'existait pas de vagin ainsi qu'on le verra plus loin. Catherine affirmait néanmoins qu'elle ressentait un spasme voluptueux et que chaque rapprochement sexuel était accompagné de l'écoulement d'un liquide visqueux par l'urèthre, mais sans qu'il y eut érection du clitoris. A 19 ans, un écoulement sanguin eut lieu par l'urèthre et fut considéré par elle et son amant comme les premiers signes de la menstruation. Cet écoulement se renouvelait à des intervalles irréguliers et finalement il apparut régulièrement tous les mois, ayant tous les caractères des menstrues, et accompagné du cortége ordinaire des symptômes : douleurs

(1) *American Journal of obstrics*, febr. 1876.

lombaires, tuméfaction des seins, sécrétion d'un liquide séreux par les mamelles, etc. Cette menstruation régulière se maintint pendant près de vingt ans.

Vers l'âge de 40 ans les règles devinrent moins abondantes et finirent par disparaître. C'est quelques années avant la ménopause que se manifesta dans la vie de notre sujet un phénomène physiologique très-important. Tout en subissant les approches de son amant et en éprouvant des sensations voluptueuses pendant ce coït incomplet, Catherine se sentait entraînée vers le sexe féminin. En 1860, elle éprouva des sensations étranges, en couchant avec une fille employée dans la même maison qu'elle. Le clitoris eut une véritable érection et elle fit sur sa compagne quelques tentatives de coït qui furent suivies de l'écoulement par l'urèthre d'un fluide visqueux assez abondant, qui différait entièrement de celui qui s'était écoulé dans les rapprochements qu'elle avait eus avec son amant. C'était une véritable éjaculation. Elle répéta souvent cette expérience, et le clitoris qui était d'abord très-petit devint plus volumineux pendant l'érection, et atteignit une longueur d'environ 7 centimètres. Néanmoins, elle ne pouvait pratiquer l'intromission complète, car cet organe était fortement incurvé en bas pendant l'érection, de telle sorte que le gland était dirigé vers le scrotum. Cette disposition était analogue à celle qu'on observe dans la variété d'hypospadias que M. Duplay a désigné sous le nom de périnéo-scrotal. En somme Catherine a pu pendant plusieurs années, d'une façon incomplète il est vrai, remplir alternativement le rôle de l'homme et de la femme dans la fonction copula-

trice. Cette anomalie des organes sexuels ne fut entrevue qu'en 1863 par un médecin de Mellrichstadt qui fut un jour consulté par Catherine qui croyait être atteinte d'une hernie crurale du côté gauche. Elle refusa alors de se laisser examiner complétement. Elle consentit cependant à donner au médecin un spécimen du liquide qui s'échappait de l'urèthre pendant l'éréthisme sexuel, et ce liquide examiné par Vogt de Wurtzbourg avait tous les caractères du sperme et contenait des spermatozoïdes. Catherine se décida enfin à se soumettre à un examen complet qui fut pratiqué à Wurtzbourg à la fin de l'année 1866, et répété plus tard à Heidelberg, Iéna et New-York.

Les organes génitaux externes de Catherine se rapprochent du type masculin. Ils consistent en un pénis de 4 centimètres, incurvé en bas et fixé par deux replis muqueux à la manière des hypospades. Le pénis n'est pas perforé et ressemble, par sa dimension et sa forme, à un clitoris très-développé ; l'urèthre s'ouvre à la partie moyenne de la face inférieure du pénis, il est très-dilatable et admet très-facilement une grosse sonde d'homme. Au-dessous, se trouve une fente située sur la ligne médiane, se terminant en cul-de-sac et constituant un rudiment de vulve. Au-dessous du pénis, on remarque un scrotum bifide, dans lequel on trouve à droite un testicule bien développé et à gauche une tumeur lobulaire et molle qu'on pourrait considérer comme un testicule rudimentaire et atrophié. L'examen des organes internes a été fait avec le plus grand soin par les professeurs allemands et a été l'objet de quelques discussions ; cependant d'après l'examen si complet du professeur Schultze d'Iéna,

on peut admettre comme bien constaté l'état suivant : l'urèthre qu'on peut désigner dans ce cas sous le nom de canal uro-génital, a une profondeur d'environ 7 centimètres et conduit directement dans la vessie ; il est très-dilatable et présente près du col de la vessie un petit diverticulum de 15 millimètres de longueur, qui se termine par un renflement qui ne saurait être autre chose qu'un utérus rudimentaire. Le toucher rectal permet en outre de sentir à gauche de ce rudiment d'utérus une autre tumeur cylindrique de 2 centimètres de longueur et rattaché à la première par une expansion membraneuse ayant toutes les apparences d'un ligament large. Cette seconde tumeur mobile, cylindrique, rattachée à l'utérus ne pourrait être autre chose qu'un ovaire ; telle est du moins l'opinion de Schultze et de Olshausen qui, ayant examiné Catherine quelques mois plus tard, est arrivé aux mêmes conclusions. Les autres parties du corps se rapprochent plutôt du type masculin.

A part les mamelles qui sont très-développées et l'absence de poils sur le visage, Catherine a l'aspect extérieur d'un homme : poitrine large, système musculaire très-développé ; larynx, thorax et bassin présentant les caractères du sexe masculin. Telles sont les particularités anatomiques que présentait Catherine il y a environ dix ans, lorsqu'elle fut examinée par Scanzoni, Virchow, Schultze et M. Mundé dont l'autorité est une garantie suffisante de l'authenticité des détails que nous avons rapportés. Mais c'est surtout la partie physiologique de cette observation qui présente un grand intérêt. Ainsi nous sommes en présence d'un individu qui a été réglé pendant vingt ans et a pu

remplir, incomplètement il est vrai, le rôle de la femme dans l'acte copulateur. Ce même individu, porteur d'un appareil génital masculin, a pu également pendant de longues années et peut encore aujourd'hui accomplir un coït régulier suivi d'éjaculation. Il y a donc là, à n'en pas douter, un exemple d'hermaphrodisme bisexuel.

Les fonctions menstruelles cessèrent complétement en 1872, alors que Catherine était âgée de 44 ans. Étant alors éclairée sur sa conformation sexuelle et n'ayant plus rien qui la rattachât au sexe féminin, elle quitta les vêtements de femme et prit le nom de Karl.

Ayant épuisé l'intérêt et la curiosité de l'Allemagne, cet individu partit pour l'Amérique où il épousa une jeune fille à qui il avait sans doute dissimulé la difformité de ses organes sexuels. C'est au mois d'octobre 1874 que cet individu fut pour la dernière fois soumis à un examen scientifique par le docteur Mundé. La disposition anatomique des organes génitaux externes était la même quoique le pénis fût un peu plus développé ; mais il fut impossible à notre confrère de découvrir dans l'urèthre le diverticulum qui conduisait à l'utérus rudimentaire, dont nous avons parlé plus haut ; il est probable que ce conduit aura été atrophié ou oblitéré lorsque sa présence n'était plus nécessaire pour l'accomplissement de la fonction menstruelle. Interrogé sur la facilité avec laquelle il accomplissait le coït, Karl répondit que, grâce à une certaine position qu'il avait adoptée, il remplissait cette fonction d'une manière satisfaisante pour les deux parties ; il est évident néanmoins que l'incurvation de la verge et l'hypospadias dont il était atteint s'opposaient à l'intromis-

sion complète et que l'éjaculation du sperme ne pouvait avoir lieu dans le vagin, ce qui rendait la fécondation à peu près impossible.

M. Odin (1) a publié une observation à peu près analogue à celle que je viens de rapporter dans tous ses détails.

On se demande ce qui adviendrait et quelle serait la décision des tribunaux, si, obéissant à un nouveau caprice de sa fantaisie changeante, *Catherine-Karl* s'avisait de vouloir rompre sa dernière union, à laquelle il a donné une consécration légale, et si après être resté homme pendant un certain temps, il élevait la prétention de redevenir femme, comme il l'a été pendant la première partie de sa vie.

(1) Odin, *Lyon médical*, 21 juin 1874.

IV

EXPLORATION DIRECTE DES ORGANES GÉNITAUX

EXAMEN DE L'ABDOMEN ET TOUCHER

Attitude des médecins vis-à-vis de la malade et des personnes qui l'entourent. — L'exploration doit être faite par le médecin lui-même. — Examen de la région abdominale, par la vue, par la mensuration, par la palpation, par la percussion, par l'auscultation. — Toucher vaginal. — Toucher rectal. — Toucher vaginal et toucher rectal combinés. — Toucher combiné avec la palpation hypogastrique.

Messieurs,

Le diagnostic des maladies des organes génitaux de la femme ne peut être posé avec une certitude suffisante qu'après une série d'explorations, auxquelles il importe que le praticien se soit exercé dès longtemps, s'il veut en retirer tout le fruit qu'il a le droit d'en attendre.

Ces explorations, qui ont pour but de lui permettre d'apprécier les changements survenus, sous l'influence de la maladie, tant dans les rapports ou la situation, que dans la configuration, la forme ou même la structure des parties intéressées, ne peuvent être utiles que pour qui connaît parfaitement les con-

ditions dans lesquelles se trouvent ces mêmes parties à l'état physiologique ou normal. Il est donc indispensable que vous ayez parfaitement présentes à l'esprit les considérations anatomiques que je vous ai rapidement exposées dans une précédente Leçon, si vous voulez profiter des enseignements que je me propose de vous donner dans celle-ci.

Cela est d'autant plus essentiel que, m'écartant des errements suivis par tous les pathologistes qui ont déjà traité ce sujet, je veux d'abord vous indiquer, non pas ce qui se rencontre à l'état pathologique, mais bien ce qu'une exploration méthodique et attentive vous permettra de constater lorsque vous examinerez une femme dont les organes génitaux ne seront le siége d'aucun trouble morbide. Je veux ainsi vous mettre à même de faire ce que je pourrais appeler *le Diagnostic de l'état sain.* Ne croyez pas que cela soit inutile ; chaque jour il arrive que l'on soit conduit à examiner des femmes qui, se croyant atteintes d'une maladie de la matrice, mettent à de rudes épreuves la perspicacité du praticien qu'elles consultent, en lui imposant la double tâche, d'abord de constater la parfaite intégrité de leurs organes génitaux, puis de reconnaître la maladie véritable dont elles sont affectées, et qui occupe un siége tout différent. Enfin dans la pratique de la médecine légale, vous aurez souvent à examiner des femmes pour constater judiciairement si leurs organes génitaux sont dans un parfait état d'intégrité ou s'ils présentent certaines altérations particulières.

Les moyens d'exploration physique auxquels on peut avoir recours sont :

1° L'inspection de la paroi abdominale, qui comprend l'examen à la vue, la palpation, la percussion, l'auscultation et la mensuration ;

2° Le toucher à l'aide du doigt, introduit soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit simultanément dans ces deux conduits ; toucher qui peut, en outre, être combiné avec la palpation abdominale hypogastrique ;

3° L'examen au spéculum ;

4° L'exploration de la cavité utérine, soit par le simple cathétérisme, soit après dilatation des orifices du col.

Il n'est pas, dans chaque cas, indispensable de recourir à tous ces moyens, et le devoir d'un médecin sage et prudent est de s'arrêter dans ses explorations, dès qu'elles lui ont fourni des enseignements suffisants pour qu'il puisse asseoir son diagnostic et instituer son traitement. En général, c'est dans l'ordre dans lequel je viens de vous les énumérer que ces diverses explorations doivent être successivement entreprises, en allant de la plus simple, la plus facile, la moins pénible et la moins douloureuse à celle qui est plus compliquée et peut offrir plus d'inconvénients ou de dangers.

A ce propos, laissez-moi vous dire comment, dans votre clientèle privée, vous devrez vous conduire lorsque vous aurez reconnu la nécessité de procéder à un de ces examens, auxquels les femmes sont toujours assez peu disposées à se soumettre. Il y a là des difficultés de plus d'une sorte, contre lesquelles bien des jeunes praticiens viennent se heurter et dont je serais heureux que les conseils de mon expérience, déjà vieille, vous permissent de vous garer.

Il est bien entendu qu'avant de songer à un semblable examen, vous aurez interrogé attentivement votre malade, vous aurez pris connaissance de tous les symptômes éprouvés par elle, et vous aurez exploré, avec soin, tous les autres organes dont les affections pathologiques pourraient donner lieu à des phénomènes morbides analogues à ceux qu'elle accuse. Cela fait, vous vous trouvez tout naturellement conduit à diriger votre attention sur les organes contenus dans le petit bassin, et en particulier sur les organes génitaux. Vous posez alors des questions relatives à la menstruation, à la nature des écoulements qui ont lieu dans l'intervalle des règles; vous insistez sur ces renseignements de façon à montrer toute l'importance qu'ils ont à vos yeux, et, par le tour que vous donnez à votre interrogatoire, vous faites comprendre que, n'ayant pas trouvé ailleurs le siége de la maladie que vous devez combattre, vous allez être conduit à rechercher si cette maladie ne serait pas causée par une lésion des organes génitaux.

Si les renseignements qui vous sont donnés à partir de ce moment confirment vos premières prévisions, l'exploration est nécessaire et vous devez vous préparer à y procéder. Mais, rappelez-vous bien — et c'est là le point délicat de pratique, sur lequel je tiens à attirer toute votre attention — qu'il vous faut, tout à la fois, obtenir le consentement de votre malade et éviter de le lui demander. Si, jeune médecin, vous prenez des circonlocutions pour demander à une femme, jeune encore, l'autorisation de pratiquer sur elle des attouchements contre lesquels sa pudeur se révoltera forcément, soyez assuré d'avance que vous éprouverez

un refus irrévocable. Que si, au contraire, vous montrez, par votre attitude, que l'examen auquel vous allez vous livrer n'a rien d'insolite pour vous; si vous restez calme, grave et digne; si, après avoir tâté le pouls, ausculté le poumon et le cœur, vous palpez le ventre et vous demandez simplement, naturellement, ce qui vous est nécessaire pour pratiquer le toucher, la femme ne songera pas que derrière le médecin qui l'examine il peut se trouver un homme et elle s'abandonnera sans réserve à toutes les explorations qu'il jugera utiles.

Dans l'intérêt de votre réputation et de votre dignité vous devez nécessairement désirer qu'une tierce personne assiste à cet examen, et, loin d'éloigner une mère, une sœur, une femme de chambre ou une amie qui se trouverait là en ce moment, vous aurez soin de la retenir sous un prétexte quelconque, si elle paraissait vouloir se retirer. Il n'en sera pas de même du mari, car, par un sentiment qui se comprend, beaucoup de femmes se refuseront obstinément à subir en sa présence un examen qu'elles tolèreraient parfaitement s'il n'était pas là ; un peu de tact vous suffira pour vous guider dans ces circonstances, à propos desquelles il n'est pas possible de vous tracer une règle de conduite absolue et invariable.

En tout cas, retenez bien ceci, c'est que les explorations dont il s'agit ne doivent jamais être imposées aux malades à la légère et sans une nécessité bien démontrée. Le médecin qui se respecte ne doit donc les réclamer que lorsqu'il les a jugées absolument indispensables; mais aussi, à dater du moment où il les a demandées, il ne lui est plus permis d'y renoncer, sous

peine de compromettre gravement son autorité morale. En face d'un refus insurmontable il n'y a plus qu'une seule ligne de conduite à tenir : c'est de s'abstenir de formuler un traitement quelconque, mais en faisant bien comprendre que, si l'on agit ainsi, c'est uniquement parce qu'il n'est pas possible de combattre efficacement une maladie inconnue et qu'un traitement institué dans ces conditions pourrait être non-seulement inefficace, mais même nuisible. Il faut surtout éviter, avec un soin égal, tant de faire des instances trop vives auprès de la malade, pour chercher à la décider, que de lui adresser des reproches, au sujet de son refus. Une attitude froide et réservée, empreinte à la fois d'une grande fermeté et de la bienveillance qui ne doit jamais abandonner le médecin dans l'exercice de sa profession, est en pareil cas la seule qui soit véritablement convenable et digne ; c'est du reste la seule qui puisse faire nettement comprendre à une femme combien ses scrupules sont exagérés, et lui laisser la possibilité de revenir sur une détermination dont elle peut avoir à se repentir.

Certaines malades pensent encore qu'il est possible de tourner la difficulté, en apportant au médecin la relation écrite des constatations faites sur elles par une autre personne, par une sage-femme par exemple. — C'est une erreur profonde, contre laquelle je ne saurais trop m'élever et qui a été accréditée par une pratique déplorable, qui était encore à la mode il n'y a pas très-longtemps.

Gardez-vous de l'encourager, car vous vous exposeriez ainsi à encourir la responsabilité de lourdes fautes que vous n'auriez pas commises. Ce qui est

difficile, ce qui est important, ce qui exige toute l'expérience et toute l'habileté du praticien le plus consommé, ce qui met en jeu toutes les qualités médicales, dont il est doué, c'est moins l'établissement du traitement, que le diagnostic de la maladie contre laquelle ce traitement doit être institué. — C'est pourquoi, quand je songe à toutes les difficultés que présente le diagnostic des maladies des organes génitaux internes de la femme, je ne puis pas comprendre qu'il se soit jamais trouvé des praticiens assez oublieux de leurs devoirs, pour accepter ce rôle infime de fabricants d'ordonnances, en laissant à d'autres toute la partie véritablement intelligente d'une tâche qui ne peut pas être scindée sans détriment pour la malade. — Ne transigez donc jamais sur ce point et, sauf les cas exceptionnels où vous pouvez être appelés à donner, par correspondance, un avis sur un mémoire à consulter, rédigé par des médecins instruits et expérimentés, n'entreprenez jamais de traiter une malade qui se refuserait à vous laisser constater par vous-même la nature et l'étendue de l'affection dont elle est atteinte, ainsi que les modifications que cette affection pourrait subir sous l'influence du traitement que vous auriez ordonné. Car, tant pour porter le diagnostic que pour suivre les progrès de la maladie, vous aurez à mettre en jeu non-seulement la finesse de vos sens, exercés par une longue pratique, mais aussi votre intelligence, votre jugement et votre raison qui, fort souvent, devront compléter, au moment même, sinon modifier et rectifier tout à fait les données fournies par des impressions purement sensorielles.

I. Examen de la région abdominale hypogastrique.

A. *Vue.* — L'aspect et la configuration de l'abdomen varient chez les femmes saines et bien portantes, dans des limites qui vous sont assez connues, pour que je n'aie pas besoin de décrire ce qui constitue l'état normal. Il me suffit de vous prévenir que toute modification un peu importante, dans la forme et le volume du ventre, peut faire soupçonner la possibibilité d'une maladie des organes génitaux internes, et motiver un examen plus approfondi de ces organes. Il n'est pas jusqu'aux changements de coloration qui ne doivent avoir une certaine importance à vos yeux, car l'augmentation du pigment, ou la présence de vergetures sur la peau de l'abdomen, quand elles ne se rapportent pas à une grossesse actuelle ou antécédente, peuvent être causées par une affection de l'utérus ou des ovaires.

B. *Mensuration.* — La mensuration n'a d'importance que si elle est pratiquée successivement, à des époques différentes, sur le même sujet. Elle permet alors de se rendre compte des changements de volume qui peuvent se produire, sous l'influence d'une maladie des organes contenus dans la cavité abdominale.

On doit, si l'on veut avoir des données comparables, prendre l'habitude de mesurer toute la circonférence de l'abdomen en passant par l'ombilic; puis la distance qui sépare l'ombilic du pubis, enfin celle qui s'étend d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre.

C. *Palpation.* — La main appliquée sur l'abdo-

men perçoit des sensations diverses, dont la première est celle de la température.

Or, si la chaleur de la peau est sensiblement la même sur toute la surface du corps d'un sujet bien portant, vous devez savoir que la région hypogastrique présente, chez les femmes atteintes d'affections inflammatoires de l'utérus ou des tissus circonvoisins, une élévation de température qui est très-sensible à la main de l'observateur, quoique le thermomètre ne puisse pas toujours la révéler.

Pour percevoir cette sensation, il vous faudra explorer d'abord les autres régions de l'abdomen, avec lesquelles la paume de votre main se mettra préalablement en équilibre de température.

Je n'ai pas besoin de vous signaler l'inconvénient qu'il y aurait à palper l'abdomen d'une malade avec une main glacée, vous provoqueriez une impression extrêmement désagréable, qu'avec la plus légère précaution il vous sera facile d'épargner à vos clientes.

Cette première impression constatée, la palpation devra vous permettre de reconnaître l'état des organes contenus dans le bassin, et la nature des divers produits morbides qui auraient pu s'y développer. Pour qu'elle vous donne des renseignements bien nets et bien précis, elle doit être pratiquée avec douceur. La main promenée à plat, d'abord immédiatement derrière la symphyse du pubis, puis, successivement, sur l'une et l'autre des fosses iliaques, cherchera à explorer, avec soin, toute l'étendue de la région sous-ombilicale; les doigts s'enfonceront peu à peu dans l'excavation pelvienne et, à ce moment, au lieu de tenir les deux mains distantes l'une

de l'autre, il vous sera souvent utile de les superposer, afin de donner plus de force aux extrémités digitales de la main exploratrice et de la faire pénétrer plus profondément. Une pression lente et continue vaincra les obstacles résultant de la contraction des muscles abdominaux qui, du reste, devront toujours être mis dans le relâchement, la femme étant couchée sur le dos, avec la tête légèrement fléchie sur le thorax et les cuisses sur le bassin.

Chez une femme parfaitement bien portante et bien conformée, qui présente un embonpoint modéré, la palpation, ainsi pratiquée, permet de reconnaître que le ventre est souple et indolent, dans la région hypogastrique aussi bien que dans tout le reste de son étendue. Il est rare que l'utérus puisse être senti par ce simple palper, et cela n'arrive que lorsque la femme est un peu amaigrie, ou que les parois abdominales, affaiblies par des grossesses antérieures, sont devenues molles, flasques et assez peu résistantes pour se laisser facilement déprimer. Alors la main, appuyée derrière la symphyse du pubis, peut parvenir à sentir une tumeur arrondie, globuleuse, du volume d'un gros œuf, parfaitement indolente à la pression, ne présentant ni bosselures ni irrégularités. Cette tumeur, c'est le corps de l'utérus, lequel se trouve généralement sur la ligne médiane ou un peu incliné vers le côté droit. Si, dans les conditions de maigreur et de flaccidité des parois abdominales que je viens de supposer, cette tumeur n'était pas retrouvée à la palpation, c'est que le corps de l'utérus aurait été déplacé, et il faudrait, par d'autres moyens d'exploration, s'assurer de la position nouvelle et pa-

thologique qu'il occupe. Cependant, il se peut faire que la vessie, distendue par l'urine, le refoule assez en arrière pour qu'il ne puisse plus être senti, et forme elle-même une tumeur globuleuse au-dessus du pubis. Cette tumeur, formée par la vessie, disparaîtra en faisant uriner la malade, ou en la sondant, précaution qu'il est toujours indispensable de prendre avant de procéder à l'exploration des organes génitaux internes.

Dans aucune circonstance, à l'état sain, les ovaires ou les trompes ne peuvent être sentis par la palpation abdominale.

Comme complément à cet examen, qui, je vous l'ai dit, ne peut fournir de données réellement utiles, que si la malade est placée dans le décubitus dorsal, M. Courty recommande une manœuvre dont je ne comprends pas bien l'importance au point de vue du diagnostic; il conseille de soulever la masse intestinale à l'aide de la main, ou, mieux encore, du poing fermé, appliqué immédiatement au-dessus du pubis, en refoulant les intestins de bas en haut, puis de retirer brusquement la main, afin que la masse intestinale, ainsi déplacée, retombe de tout son poids sur les organes génitaux contenus dans l'excavation pelvienne. Cette manœuvre, répétée à plusieurs reprises successives, doit déterminer, chez les femmes atteintes d'une affection utérine, une douleur qui ne se produira pas dans l'état de santé. J'avoue qu'il me paraît parfaitement inutile de provoquer une semblable sensation douloureuse, qui n'éclairerait en rien le diagnostic et ne dispenserait en aucune façon de recourir aux autres méthodes d'exploration dont il me reste

à vous parler. J'aimerais mieux — et sans attacher grande importance à ce moyen, je l'emploie quelquefois — me contenter de soulever mollement, doucement, la masse intestinale avec les deux mains appuyées à plat, en forme de ceinture, au-dessus du pubis, pour voir si, en diminuant ainsi le poids qui pèse sur les organes génitaux internes, on ne ferait pas disparaître une partie des douleurs ou de la gêne dont ils sont le siége. Ce procédé de palpation, qui provoque un certain soulagement et non de la douleur, m'est surtout utile pour déterminer s'il convient de faire porter une ceinture hypogastrique aux malades.

D. *Percussion.* — Pratiquée en même temps que la palpation, la percussion ne révèle, dans l'abdomen d'une femme bien portante, que la sonorité due à la présence des anses intestinales. Physiologiquement, on ne trouve un peu de matité, déterminée par le corps de l'utérus, que dans un espace très-limité, ne dépassant pas deux travers de doigt, immédiatement en arrière du pubis. Cette matité, à peine appréciable chez les vierges, l'est beaucoup plus chez les femmes qui ont eu des enfants. Une matité plus étendue, la vessie étant parfaitement vide d'urine, indiquerait ou une augmentation du volume de l'organe, ou une tumeur développée dans son voisinage.

E. *Auscultation.* — Quant à l'auscultation de l'abdomen, lorsque les organes génitaux sont sains et que l'utérus n'est pas gravide, elle ne permet de constater aucun bruit autre que ceux qui se passent dans les anses intestinales ou dans les artères iliaques.

Je ne crois pas devoir m'occuper ici des bruits spéciaux qui se produisent pendant la grossesse.

II. Toucher.

L'exploration de la région abdominale au moyen des divers procédés que je viens de vous indiquer permet seulement de soupçonner l'existence d'une maladie du système génital interne; mais les cas dans lesquels les renseignements ainsi recueillis suffisent pour servir de base à un diagnostic rigoureux, et par suite à un traitement convenable, sont d'une exceptionnelle rareté. Il faut donc, habituellement, pousser ses investigations plus loin, et chercher à atteindre les organes malades à l'aide du doigt introduit, soit dans le vagin, soit dans le rectum, ce qui constitue deux variétés du toucher, qui peuvent se combiner entre elles et s'associer à la palpation abdominale, de façon à donner plus de netteté aux sensations tactiles perçues par l'explorateur.

Ainsi compris, le *toucher,* c'est-à-dire l'*examen manuel,* aussi complet que possible, et pratiqué par toutes les voies accessibles, constitue le moyen diagnostique par excellence des maladies des organes génitaux de la femme. Je le considère comme tellement supérieur à tous les autres, que je n'hésite pas à dire avec Aran : « Si des divers modes d'exploration, j'étais mis « en demeure d'en choisir exclusivement un seul, ce « serait le toucher, que je garderais à ma disposition, « préférablement à tout autre, fût-ce même le spéculum. » Cette supériorité dans la précision des renseignements auxquels il conduit, est une des raisons qui commandent de pratiquer le toucher avant tout

autre examen; ce n'est pas la seule ; et, tout en ayant un caractère moins scientifique, la seconde n'a pas moins d'importance dans la pratique, c'est que les femmes acceptent avec beaucoup moins de difficulté cet examen que celui du spéculum. Cela se conçoit du reste, car le toucher n'exige aucun appareil instrumental de nature à effrayer et peut, c'est là son grand avantage, être pratiqué, comme vous me le voyez faire tous les jours dans nos salles, sans qu'il soit nécessaire de découvrir la malade. Il vient tout naturellement, dans l'examen du médecin, immédiatement après la palpation abdominale, et c'est seulement lorsqu'on a fait cette dernière avec soin, qu'il convient de se disposer à y procéder en demandant, soit à la malade elle-même, soit aux personnes qui l'entourent, les objets dont on a besoin, savoir : un corps gras pour enduire le doigt et un linge blanc pour l'essuyer.

Le corps gras peut être de l'huile, du beurre, du cérat ou une pommade quelconque; l'essentiel est qu'il ne soit pas coloré pour que, en essuyant, après l'examen, son doigt sur un linge blanc, on puisse se rendre compte de la couleur des liquides contenus dans le vagin. La présence du corps gras sur le doigt explorateur offre le double avantage de faciliter le glissement, et de préserver, dans une certaine mesure, des inoculations dangereuses; cependant, à ce dernier point de vue, la précaution est loin d'être suffisante, et si vous avez une plaie ou une excoriation quelconque sur les mains, vous ferez toujours sagement de la recouvrir d'une couche de collodion, avant de pratiquer le toucher.

M. Sims conseille au médecin de se laver les mains avant de pratiquer le toucher, mais en France nous croyons que cette précaution est plus utile après. Le même praticien préfère le savon aux corps gras pour enduire le doigt explorateur, et, quoique je n'hésite pas à l'employer, faute de mieux, quand je n'ai pas un corps gras sous la main, je ne puis partager ses préférences, car si le savon est aussi favorable au point de vue du glissement, il l'est infiniment moins comme substance isolante, destinée à prévenir une inoculation. J'ai aussi, mais plus rarement, fait usage de glycérine ; elle a l'inconvénient de procurer aux malades un sentiment de cuisson ou tout au moins d'astriction, fort désagréable. Au surplus et sans accorder aucune préférence, je demande un corps gras ou onctueux et j'accepte celui qu'on m'offre, huile, beurre, saindoux, pommade, pourvu qu'il ne soit pas coloré comme certains cold creams roses, fort à la mode en ce moment dans la parfumerie parisienne, ou comme le cérat fait avec de la cire jaune des hôpitaux de Paris.

A. *Toucher vaginal.* — C'est par le vagin qu'il convient de commencer l'exploration manuelle. Le toucher vaginal peut être pratiqué que la malade soit debout ou couchée, et il est des cas dans lesquels il convient de toucher successivement dans chacune de ces deux positions.

Je vous indiquerai, à propos de chaque état morbide particulier, les signes spéciaux que l'on peut constater au toucher, suivant qu'on le pratique la femme étant debout ou couchée. Il me suffit, pour le moment, de vous dire que, s'il y a des différences no-

tables entre les résultats fournis par le toucher dans ces deux positions diverses pour certains états pathologiques, ces différences sont à peu près nulles à l'état normal. De plus, si je pratique plus habituellement le toucher la femme étant couchée, je ne partage pas les craintes qu'exprime M. West, relativement aux inconvénients que peut avoir le toucher debout, car pas plus que M. Mauriac, le savant traducteur du praticien anglais, je ne me rends compte de ces inconvénients, que M. West a omis d'énumérer.

On conseille généralement de toucher avec l'indicateur *de la main droite*, mais je ne suis pas de cet avis et je tiens essentiellement à ce que vous vous exerciez à pratiquer le toucher, indifféremment, avec l'indicateur de l'une ou de l'autre main. A cela vous trouverez cet avantage, dans la pratique, de ne pas être obligé de faire déplacer le lit d'une malade qu'il faut toucher couchée, lorsque ce meuble est disposé dans l'appartement de telle façon qu'il ne puisse être abordé que par le côté gauche. Puis, je ne dois pas vous laisser ignorer que l'exploration de chacun des culs-de-sac latéraux du vagin se fait infiniment mieux avec le doigt du même côté, dont la pulpe se trouve ainsi tournée en dehors, tandis que le doigt du côté opposé ne peut parcourir ces culs-de-sac, et principalement la base du ligament large, que par sa surface unguéale ; d'où il résulte que les tumeurs péri-utérines du côté gauche (et ce sont les plus nombreuses) échappent souvent à ceux qui ne savent toucher que de la main droite. Enfin, lorsqu'on pratique le cathétérisme de l'utérus, il faut savoir toucher et parfaitement toucher de la main gauche, puisque c'est sur

l'index de cette main que doit glisser l'hystéromètre pour pénétrer dans l'orifice du col.

Vous devrez donc savoir toucher avec les deux mains.

L'indicateur est bien, en effet, le doigt qu'il convient d'employer pour cet examen, et il suffit le plus ordinairement; mais il est des circonstances où il ne peut atteindre aussi loin qu'on veut explorer, et alors on peut, d'après le conseil de Mme Boivin, introduire dans le vagin, concurremment avec lui, le médius qui est un peu plus long. Cette introduction simultanée des deux doigts dans le vagin peut être commandée aussi par la nécessité de limiter une tumeur qu'il y aurait possibilité de saisir entre eux, de percevoir la fluctuation, ou pour tout autre besoin. Enfin, on peut, comme je vous le dirai bientôt, être conduit, pendant le toucher vaginal, à reconnaître la nécessité de pratiquer, en même temps, le toucher rectal, et, comme dans ces diverses circonstances, c'est le médius qui devra venir au secours de l'indicateur, il y a tout avantage à l'enduire lui-même d'un corps gras, en même temps que l'indicateur et avant de commencer l'examen, dût cette précaution rester inutile.

Pour pratiquer le toucher, la femme étant debout, le médecin se place au devant d'elle, assis sur un siége un peu bas ou un genou en terre, mais de telle sorte qu'un genou reste libre pour servir de point d'appui au coude correspondant à la main qui explore. La femme doit alors être adossée à un mur ou à un meuble, et se tenir le tronc légèrement incliné en avant, en s'appuyant au besoin, soit sur le montant d'une chaise, soit sur l'épaule de l'explorateur.

Si la malade est couchée, on peut indifféremment la laisser étendue sur son lit, ou la placer en travers, dans la position que je vous indiquerai plus tard, comme devant lui être donnée pour l'exploration au spéculum.

Pas plus quand la malade est couchée dans son lit que quand elle est examinée debout, il n'est utile de la découvrir pour pratiquer le toucher. Le médecin introduit sa main sous les couvertures ou sous les vêtements, sans avoir besoin de les relever, passe soit entre les deux cuisses, qui doivent être écartées et à demi fléchies, soit sous la cuisse du côté vers lequel il se trouve placé (1) et présente de champ, en avant de la vulve, son doigt indicateur dont l'extrémité est dirigée en arrière. — Cette extrémité, ainsi dirigée, arrive tout naturellement jusqu'à la fosse naviculaire dans laquelle elle pénètre, sans rencontrer le moindre obstacle. Si l'on éprouvait quelque hésitation, on pourrait s'orienter facilement en prenant pour point de repère la fourchette ou même au besoin l'anus, qu'il vaut certainement mieux éviter de toucher, mais dont le contact n'a pas à beaucoup près les inconvénients qu'aurait celui du clitoris et des petites lèvres. — Dès que le doigt a atteint l'extrémité postérieure de la vulve, on le ramène dans la direction du vagin, en le relevant à mesure qu'il pénètre dans ce canal, ce qui s'obtient au moyen d'un mouvement de quart de cercle décrit par le poignet, qui s'abaisse en sens in-

(1) Je ne sais pourquoi certains praticiens tiennent essentiellement à passer en arrière de la cuisse pour pénétrer dans le vagin, quand la femme est dans le décubitus dorsal, et je trouve à cette pratique l'inconvénient de rendre moins facile la combinaison du palper hypogastrique avec le toucher.

verse entre les deux cuisses. — Dans ce mouvement le doigt s'insinue dans le vagin, et, s'éloignant un peu de la paroi postérieure de ce canal, sur laquelle il buttait tout d'abord, regagne la paroi antérieure, le long de laquelle il glisse pour arriver jusque sur le col de l'utérus.

Tous les auteurs classiques se croient obligés de recommander de faire décrire au doigt explorateur des mouvements circulaires, sous prétexte de constater l'état des parois vaginales, à mesure que l'on pénètre dans le conduit qu'elles circonscrivent. Ce serait une détestable manœuvre dont, j'aime à le croire, se dispensent, dans la pratique, tous ceux qui la préconisent dans leurs livres. — Quelle que soit la particularité physiologique ou pathologique que vous ayez occasion de constater par le toucher, elle n'acquerrera de valeur à vos yeux et ne prendra l'importance d'un signe séméiologique qu'à dater du moment où vous aurez bien déterminé l'état dans lequel se trouve l'utérus. Il faut donc, sans perdre son temps à étudier les parois vaginales, se hâter d'explorer la matrice, avant de procéder à d'autres investigations; aussi le mieux est-il de chercher à l'atteindre par le chemin le plus court, c'est-à-dire en suivant la paroi antérieure du vagin, qui est infiniment plus directe et plus courte que la postérieure et qui mène droit sur la lèvre antérieure du museau de tanche.

A ce moment où le doigt indicateur est introduit tout entier dans le vagin, il n'est pas indifférent de savoir ce que devient le reste de la main. — Au premier temps de l'exploration, l'index est étendu, tandis que les trois derniers doigts sont fléchis dans la paume de

la main; il est, de plus, écarté aussi largement que possible du pouce qui est étendu comme lui; on l'a présenté de champ et perpendiculairement à l'axe des cuisses, en plaçant, pour ainsi dire, la femme à cheval sur le bord radial du doigt indicateur.

Si cette position des doigts était conservée, le pouce qui est dirigé en haut viendrait forcément, à un moment donné, titiller les nymphes et le clitoris; on doit donc avoir soin de l'en éloigner, aussi faut-il, à mesure que l'index pénètre dans le vagin, abaisser un peu le pouce, de façon à ce qu'il vienne arc-bouter en dehors de la ligne médiane, dans le pli génito-crural, sur la branche horizontale du pubis, et non sur la symphyse.

Quant à la portion cubitale de la main, elle doit se placer directement en arrière du périnée, et la commissure qui sépare l'index du médius doit embrasser la fourchette, de façon à la déprimer d'autant plus fortement que la femme présentera plus d'embonpoint, pour permettre au doigt explorateur de pénétrer plus profondément dans le vagin. A cette occasion, les trois derniers doigts, qui avaient été tout d'abord fléchis dans la paume de la main, doivent s'étendre, principalement le médius, dont le concours peut devenir utile, soit pour explorer le vagin, si l'indicateur est trop court, soit pour explorer le rectum.

L'autre main de l'opérateur, qui, à la fin de l'examen, lui servira à compléter ses investigations en combinant le palper abdominal avec le toucher, doit, lorsque la malade est couchée, être appuyée sur son épaule pour la maintenir et l'empêcher de fuir devant

le doigt explorateur, à mesure qu'il pénètre dans le vagin. — Il y a, presque toujours, à ce moment une petite lutte, dont cette simple précaution permet de triompher avant même qu'elle ait eu le temps de se produire. Lorsque la malade est debout, le poids de son corps d'une part, le plan résistant auquel elle est adossée d'autre part, la maintiennent suffisamment, et si le médecin éprouve quelque résistance, il a la ressource d'appuyer sur son genou le coude correspondant à la main qui explore, ce qui lui permet de pénétrer plus profondément.

Chez les vierges, le toucher est plus difficile que chez les femmes déflorées; cependant, il est toujours possible de le pratiquer sans porter atteinte à l'intégrité de la membrane hymen, en employant un subterfuge indiqué par Aran. Vous savez que cette membrane, considérée comme le signe physique de la virginité, est située au niveau de la commissure postérieure de la vulve, où elle affecte des formes très-différentes, et qu'elle laisse au-dessus d'elle un orifice plus ou moins dilatable. Si vous écartez les cuisses, vous mettez l'hymen dans un état de tension défavorable à l'introduction d'un corps étranger, qui doit franchir cet orifice pour pénétrer dans le vagin, et vous risquez, en cherchant à pratiquer le toucher dans cette position, de déchirer la membrane, qui, au contraire, se plisse, se déprime lorsque les cuisses sont rapprochées. Faites donc rapprocher les cuisses pour glisser le doigt dans la dépression ainsi produite, vous parviendrez alors à pénétrer assez facilement dans le conduit vaginal, sans avoir causé de désordres.

Une fois arrivé sur la lèvre antérieure du col, le doigt explorera cette portion de l'utérus et y constatera des particularités différentes, suivant que la femme aura eu ou n'aura pas eu d'enfants; on a également voulu établir une distinction entre le col d'une vierge et celui d'une femme qui a eu des rapports sexuels, sans avoir jamais conçu, mais la différence n'est pas assez sensible pour que cette distinction soit légitimée.

Le doigt promené sur toute la surface accessible du col utérin, quand la femme n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches, constate que ce col a une forme conique, que son orifice est petit, étroit, assez difficile à percevoir au toucher. On a comparé, non sans raison, la sensation, qu'il fournit alors, à celle qu'on éprouverait en touchant le lobule du nez.

Le col, quoique souple, présente généralement une certaine résistance élastique.

Sa surface est lisse; la membrane muqueuse, très-adhérente au tissu musculaire, ne glisse pas sur lui; elle est à peine sensible au toucher.

Le doigt arrive d'abord sur la lèvre antérieure, puis il rencontre, immédiatement au-dessous, l'ouverture du col, laquelle forme une simple dépression à peine perceptible sur un col virginal, mais constitue une fente plus ou moins profonde et irrégulière chez les femmes ayant eu des enfants.

Chez la femme qui a eu des enfants, le col est plus gros, plus court que chez la vierge, et, au lieu de la forme conique, il affecte une forme cylindrique; les deux lèvres sont plus distinctes, et la dépression qui correspond à l'orifice du col, plus marquée que dans

le cas précédent. Le doigt constate la présence d'un orifice plus ou moins largement ouvert qui, au lieu de former une dépression circulaire à peine appréciable, comme chez la fille qui n'a pas conçu, forme une fente transversale divisant le col en deux parties plus saillantes, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui méritent alors véritablement le nom de *lèvres*.

On trouve au niveau des commissures qui réunissent ces deux lèvres, plus souvent à gauche qu'à droite, des froncements, des échancrures, dus aux déchirures produites pendant l'accouchement. Chacune des lèvres est souvent sillonnée de cicatrices, fort appréciables sous le doigt et qui n'ont pas une autre origine. Pendant la période menstruelle, le col est plus entr'ouvert, et ces froncements sont plus marqués. Le doigt porté dans le cul-de-sac antérieur du vagin rencontre habituellement, chez la femme nullipare, le corps de l'utérus que son antécourbure rend assez accessible. Mais, comme cette antécourbure disparaît par le fait de la grossesse, il en résulte que, chez les femmes qui ont eu des enfants, si l'on s'écarte de la face antérieure du col et qu'on porte le doigt en haut et vers les pubis, on perçoit une mollesse spéciale due à la présence de la vessie. Si l'on veut explorer plus profondément, on est arrêté par le cul-de-sac antérieur du vagin, mais en ramenant le doigt vers l'utérus et le portant aussi haut que possible, en avant et le long de la face antérieure du col, on sent qu'elle se continue supérieurement avec la face antérieure du corps qui, dirigée obliquement en haut et en avant, s'incline vers la paroi abdominale antérieure, comme pour l'aller rejoindre.

En avant du corps de l'utérus, on sent la résistance molle particulière à l'intestin. — La vessie distendue par l'urine peut donner une sensation de fluctuation, et quelquefois former une tumeur assez volumineuse pour gêner l'exploration, il faut alors la vider en sondant la malade.

En arrière, si vous remontez le long de la face postérieure du col, et si vous explorez le cul-de-sac postérieur du vagin, vous éprouverez parfois une sensation de tumeur, due à la présence de matières fécales contenues dans le rectum, mais vous reconnaîtrez facilement la nature de ces tumeurs en les aplatissant avec le doigt, à travers la paroi recto-vaginale.

L'inclinaison générale de l'utérus en avant ne permet pas au doigt introduit dans le vagin d'explorer sa face postérieure, jusqu'à un point aussi élevé qu'il peut le faire pour la face antérieure ; mais on y supplée par le toucher rectal.

Sur les côtés du col se trouvent les culs-de-sac latéraux; le doigt n'éprouve, en les explorant, qu'une sensation de mollesse, un défaut de résistance, qu'il est très-important de bien connaître pour pouvoir apprécier les modifications si notables qui surviennent à ce niveau dans les phlegmasies péri-utérines.

Dans les explorations pratiquées autour du col utérin, on peut, relativement aux dimensions des culs-de-sac, trouver des différences suivant que la femme a eu ou non des rapports sexuels. Chez la première, en effet, le cul-de-sac postérieur est plus dilaté, car l'organe copulateur, étant plus long que la distance qui sépare le museau de tanche de l'orifice de la vulve, refoule le vagin et y creuse une cavité appropriée à

ses dimensions. Cette dilatation pourrait se former aussi à la partie antérieure ou sur les parties latérales, au même titre qu'en arrière, mais la plus grande brièveté de la paroi antérieure du vagin s'oppose à ce qu'elle se forme en avant, où elle est en effet extrêmement rare, tandis qu'on la rencontre assez généralement en arrière, empiétant plus ou moins sur un des culs-de-sac latéraux suivant la direction physiologique du col.

Si vous vous rappelez, Messieurs, la position de l'utérus, en équilibre instable autour d'une ligne passant au niveau de l'insertion du vagin sur le col, vous comprendrez qu'en imprimant à ce dernier des mouvements avec le doigt explorateur, il vous sera facile de faire exécuter au corps de l'organe des mouvements en sens inverse. Vous pourrez ainsi acquérir des notions précieuses non-seulement sur la mobilité, mais aussi sur les dimensions de la matrice, si vous avez soin de combiner le palper hypogastrique avec le toucher vaginal. Velpeau disait, peut-être avec un peu d'exagération, il est vrai, qu'on peut ainsi avoir de l'utérus une idée aussi exacte que si on l'étudiait sur une table d'autopsie.

On peut aussi soulever l'utérus avec le doigt et lui imprimer quelques légers déplacements dans le sens vertical. Tous ces mouvements sont possibles dans une certaine étendue et ne développent aucune douleur si les tissus voisins sont souples et sains. Ils mettent à même d'acquérir sur le poids de l'utérus des notions dont l'habitude et l'exercice permettent seuls de tirer parti, car elles échappent à toute description, à toute évaluation rigoureuse.

Mais il ne suffit pas d'avoir exploré l'organe gestateur; il faut encore connaître les sensations que fournissent au toucher les autres parties du système génital.

C'est alors qu'il peut être utile d'examiner tout l'espace compris entre l'orifice du vagin ou la vulve, et le col de l'utérus.

Déjà l'introduction seule du doigt a permis d'apprécier la température qui, si elle est différente de celle de l'état normal, dont votre propre main vous donne le degré, révèle un état pathologique.

Si rapide qu'ait été l'introduction du doigt, elle a permis d'apprécier ce caractère; elle a aussi permis de reconnaître la plus ou moins grande souplesse du vagin, dont la muqueuse présente chez la jeune fille vierge des saillies et des rugosités qui s'effacent à mesure que les rapports sexuels se multiplient et qui finissent par ne plus être appréciables, ou même par être remplacés par une véritable flaccidité des tissus, chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants.

Si vous voulez explorer les organes contenus dans les ligaments larges, il vous faudra porter le doigt le long des parties latérales du col, en remontant, aussi haut que possible, dans les culs-de-sac latéraux; mais à l'état normal vous n'éprouverez jamais d'autre sensation que celle de la mollesse des tissus, et il ne vous sera pas possible de sentir sous le doigt, soit l'ovaire, soit la trompe. C'est là un fait important à retenir, au point de vue du diagnostic des affections de ces organes et des tissus péri-utérins.

B. *Toucher rectal.* — Il est des cas dans lesquels l'exploration du vagin ne suffit pas; alors il faut pro-

céder à l'examen des organes du petit bassin par l'intermédiaire du rectum. — Vous apprendrez plus tard dans quelles circonstances cette exploration peut devenir nécessaire et vous aurez soin de la réserver exclusivement pour ces circonstances, qui sont fort peu nombreuses, car, plus encore que l'exploration du vagin, elle est désagréable aux femmes qui doivent la subir, et il est de votre devoir de la leur épargner quand elle n'est pas indispensable.

Lisfranc conseillait le toucher rectal surtout chez les filles vierges, dans le double but de ménager à la fois leur pudeur et l'intégrité de leur membrane hymen. — Est-il nécessaire d'insister sur la grossière méprise qu'il commettait en ce qui concerne ce sentiment si délicat de la pudeur, qu'il respectait d'une si étrange façon?

Quant à l'hymen, je vous ai montré comment il est possible de le laisser intact, tout en pratiquant le toucher vaginal.

Dans l'immense majorité des cas, c'est pendant l'exploration par le vagin que la nécessité de recourir au toucher rectal sera reconnue, et alors il faudra y procéder immédiatement. Il suffit dans ce cas de retirer le doigt du vagin, et, le portant un peu en arrière, de l'introduire vivement dans le rectum. — La femme est bien un peu surprise, mais cette petite émotion passe vite, et l'examen est déjà terminé avant qu'elle ait songé à s'y opposer.

La pulpe du doigt est dirigée en avant pour pouvoir explorer les organes génitaux, qui sont tous situés antérieurement au rectum.

On trouve immédiatement au-dessus de l'anus une

dilatation ampullaire, dans laquelle le doigt se meut librement, mais où il rencontre souvent des amas de matières fécales qu'il est nécessaire de faire expulser au moyen d'un lavement, quand on doit procéder à cet examen. Un peu plus haut, et tout en longeant la paroi antérieure, on arrive, quand tout est à l'état sain, à sentir une tumeur lisse, arrondie, qui n'est autre chose que le col de l'utérus, mais qui, senti à travers l'épaisseur de la paroi rectale, paraît plus volumineux que par le toucher vaginal, ce dont il est bon d'être prévenu pour ne pas le confondre avec une tumeur morbide.

Au-dessus du col on sent la tumeur se prolonger en s'élargissant, et on arrive à explorer ainsi une portion de la face postérieure du corps de l'utérus, plus étendue que celle à laquelle on a pu atteindre par le vagin. — Sur les parties latérales l'on n'éprouve, à l'état normal, qu'une sensation de mollesse, sans la moindre résistance, et rien ne permet de supposer que l'on puisse atteindre les ovaires ou les trompes quand ces organes sont sains, ou, si on les atteint, il n'y a pas de sensation particulière qui révèle leur présence et permette de les reconnaître.

C. *Toucher rectal et vaginal combinés.* — Lorsqu'il s'agit d'une affection intéressant le système génital interne, je ne pratique que très-exceptionnellement le toucher rectal d'après le procédé que je viens de vous indiquer et je le réserve plus spécialement pour l'examen des lésions qui me paraissent ne devoir intéresser que le rectum. — Pour les autres, je préfère combiner le toucher rectal au toucher vaginal et alors, au lieu d'introduire successivement le même

doigt dans chacun des deux conduits, j'y introduis simultanément deux doigts différents. On a conseillé de se servir à la fois des deux indicateurs; mais, en occupant ainsi ses deux mains, on se prive de la précieuse ressource du palper hypogastrique, qu'il convient le plus souvent de combiner avec ce double toucher. Il vaut donc infiniment mieux employer deux doigts de la même main. On pourrait faire usage du pouce et de l'index, mais le pouce est un peu court pour aller jusqu'à l'utérus, et ce moyen n'est bon que quand il s'agit d'explorer uniquement la cloison recto-vaginale, et encore dans sa moitié la plus inférieure seulement. — C'est pourquoi je vous conseille de vous servir surtout du médius, que vous introduirez dans le rectum sans avoir besoin de retirer l'indicateur du vagin. C'est dans cette prévision, que je vous ai engagé à l'enduire préalablement d'un corps gras, pour pouvoir être prêt à vous en servir à l'occasion.

Je ne reviens pas sur les particularités que révèle le toucher rectal ainsi pratiqué, elles ne diffèrent pas sensiblement de celles que je viens de vous énumérer, si ce n'est parce que le médius monte plus haut le long de la face postérieure de l'utérus que ne peut le faire l'indicateur; cependant il n'atteint jamais jusqu'au delà du bord supérieur de la matrice, et, s'il parvenait à le dépasser, c'est qu'il existerait un état anormal et probablement un déplacement total ou partiel du corps utérin.

En résumé, chacun des doigts sent ce que le toucher vaginal seul et le toucher rectal seul permettent de constater.

Les parties que l'on peut surtout explorer par la

combinaison du toucher vaginal et rectal sont d'abord la cloison recto-vaginale, qui ne sépare les deux doigts explorateurs que par une mince couche de tissus souples et moelleux, à travers lesquels ils se sentent parfaitement. — Cette souplesse existe même dans la partie supérieure du conduit vaginal, dans les culs-de-sac du vagin, et, si haut que les deux doigts puissent remonter, en embrassant dans leur écartement la base du ligament large, ils ne sentent jamais entre eux de tissus durs et résistants, à moins qu'il n'y ait un état pathologique. — Si donc vous constatez, dans cette manœuvre, une résistance quelconque, tenez pour certain qu'elle vous révèle une lésion morbide dont il vous restera ensuite à déterminer la nature et le siége, car le seul organe résistant qui, à l'état physiologique, puisse devenir accessible dans les conditions dans lesquelles on se trouve placé, en pratiquant simultanément le toucher vaginal et rectal, serait l'ovaire. Il ne pourrait être atteint que chez une femme très-maigre, et encore sa mobilité lui permettrait-elle de fuir au-devant des doigts explorateurs. Lorsqu'il est senti et que la pression exercée sur lui fait naître une impression douloureuse, c'est qu'il est malade et probablement enflammé.

D. *Toucher combiné avec la palpation hypogastrique.* — Si vous voulez compléter d'une façon aussi avantageuse que possible les renseignements qui vous sont fournis par le toucher, pratiquez simultanément la palpation hypogastrique. — Tandis que le doigt introduit dans le vagin, ou les deux doigts introduits, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum, repoussent de haut en bas l'utérus et les organes qui sont ap-

pendus à ses côtés, l'autre main appuyée sur la paroi antérieure de l'abdomen, déprimant doucement cette paroi et s'enfonçant aussi profondément que possible dans l'excavation pelvienne, sentira le corps de l'utérus s'élever vers elle, si cet organe se trouve dans les conditions normales. — C'est alors, si l'embonpoint de la femme n'est pas exagéré, que, suivant l'expression de Velpeau, on pourra saisir l'utérus entre ses deux mains et apprécier sa forme, son volume et son poids presque aussi exactement que si on vous le présentait sur une table d'autopsie, enveloppé de linges. — Comme le corps est physiologiquement un peu incliné en avant, il demeure à l'état normal interposé entre le doigt vaginal et la main hypogastrique, son épaisseur marquant la distance qui sépare les deux mains de l'explorateur ; ce n'est donc que quand il est dévié de sa position normale que les deux mains peuvent se sentir à travers la paroi abdominale, sur la ligne médiane.

Sur les côtés il n'en est plus de même et, grâce à la souplesse des anses intestinales qui se déplacent facilement, la main hypogastrique, après avoir fixé le fond de l'utérus, peut, en se glissant sur les bords latéraux de cette espèce de boule, arriver à sentir, à travers la paroi abdominale, le doigt introduit dans le vagin, qui se sera glissé du même côté, le long du col de l'utérus.

Cette manœuvre, qui n'est facile que chez les femmes un peu maigres et dont les parois abdominales ont été dilatées par des grossesses antérieures, permet de bien établir, ce que je ne saurais trop vous répéter, que, à l'état sain, la présence de l'ovaire ne se

révèle par aucun signe appréciable, dans les diverses investigations auxquelles l'exploration manuelle permet de procéder. Ce n'est pas sans raison, Messieurs, que j'insiste si fort sur cette particularité, sur laquelle je reviens pour la troisième fois, après vous l'avoir déjà signalée en parlant du toucher vaginal et du toucher rectal, car c'est là un fait d'une importance capitale, au point de vue de la séméiologie, et vous en reconnaîtrez parfaitement toute la valeur lorsque nous chercherons à établir les bases du diagnostic des maladies de l'ovaire et de la trompe, dont l'histoire pathologique est encore entourée de tant d'obscurités.

V

EXPLORATION DIRECTE DES ORGANES GÉNITAUX

(SUITE).

EXAMEN AU SPÉCULUM

Antiquité du spéculum. — Forme des spéculums anciens. — Leurs inconvénients. — L'introduction, par Récamier, du spéculum dans la pratique est une véritable invention. — Modifications diverses apportées à la configuration de l'instrument. — Description des spéculums les plus employés et les plus connus. — Choix du spéculum, suivant les cas. — Position à donner à la femme pour l'application de l'instrument. — Règles à suivre pour arriver toujours et sûrement à découvrir le col de l'utérus. — Aspect du col à l'état normal. — Ses différences physiologiques, suivant que la femme n'a pas encore conçu, qu'elle est enceinte ou qu'elle a eu des enfants. — Circonstances qui doivent empêcher de se servir du spéculum.

III. Du spéculum.

MESSIEURS,

Tout en maintenant au toucher la prééminence qui lui appartient et que je n'ai pas manqué de lui attribuer, dans l'examen des organes génitaux internes de la femme, il faut bien cependant reconnaître qu'il ne suffit pas toujours pour permettre d'apprécier,

dans tous leurs détails, chacune des altérations que ces organes peuvent subir, aussi y a-t-il souvent avantage à contrôler par la vue les renseignements qu'il fournit. Mais on ne peut, sans le secours d'un artifice, rendre accessibles à la lumière les parties qu'il s'agit d'explorer. L'utérus est, en effet, assez profondément situé dans le vagin, pour que sa partie inférieure ne puisse que très-exceptionnellement être rendue visible, par le simple écartement des grandes et des petites lèvres. Cependant cela se rencontre quelquefois, surtout lorsque le col est bas et le vagin facilement dilatable. Toutefois le rayon lumineux ne peut, même alors, pénétrer jusque sur le col, que si l'on écarte fortement l'orifice de la vulve avec les doigts; aussi cette dilatation est-elle presque toujours insuffisante, et divers instruments ont-ils été imaginés, tant pour la rendre plus complète, que pour concentrer les rayons lumineux et les faire pénétrer plus profondément, en les réfléchissant sur des surfaces polies.

On donne le nom de *spéculums* aux instruments affectés à cet usage. — Bien que leur connaissance et leur emploi paraissent remonter, et remontent certainement, à une plus haute antiquité, les livres hippocratiques n'en font aucune mention. Les divers auteurs qui ont suivi, en y comprenant Celse, Arétée, Galien, Oribase, Aétius, etc., observent à cet égard un silence d'autant plus remarquable que plusieurs d'entre eux traitent avec soin des maladies des femmes, en indiquant le toucher et même le cathétérisme utérin, comme moyens de diagnostic journellement employés, et que l'on a trouvé, dans les ruines de Pompéi, où il avait été enfoui, il y a déjà dix-huit siècles, un spéci-

men de spéculum ou *dioptre* qui ressemble fort à ceux dont les ouvrages d'auteurs plus récents nous donnent la description et la figure.

La première indication de cet instrument nous est fournie par Paul d'Égine, qui vivait au milieu du septième siècle de l'ère chrétienne ; mais il ne décrit pas celui qu'il avait entre les mains, et il se borne à donner des conseils sur la manière de l'appliquer ; nous ne pouvons donc pas savoir au juste ce qu'il faut entendre par le διόπτρας λωτοῦ, dont il parle dans son chapitre περί ἀποστήματος ὑστέρας.

Sans avoir en aucune façon la prétention de trancher une question qui a si fort embarrassé tous les commentateurs de Paul d'Égine, jusques et y compris notre érudit confrère M. Briau (1), je croirais assez volontiers que ce dioptre devait avoir trois branches, comme le pensait Jean Gonthier, d'Andernach,

(1) Voici le passage en question tel qu'il a été traduit par M. Briau, pour qui le mot λωτός signifie : *la partie du spéculum ou dioptre qui est introduite dans le vagin et permet de voir l'utérus*, ou plus brièvement, *la partie canaliculée de l'instrument.*

« Pour opérer, on placera la femme renversée sur un siége, ayant les jambes relevées sur le ventre, et les cuisses éloignées l'une de l'autre. Les bras seront placés sous les jarrets et y seront attachés avec des liens correspondant les uns aux autres, qu'on suspendra au cou. L'opérateur, étant placé à droite, se servira d'un dioptre adapté à l'âge.

« Or, il faut auparavant mesurer avec une sonde la profondeur du vagin de la femme, de peur que, si le canal d'un dioptre est trop grand, il n'arrive que la matrice soit comprimée ; et si on trouve que le canal de l'instrument est plus grand que celui du vagin, il faut placer des compresses sur les grandes lèvres, afin que le dioptre s'appuie sur elles.

« Ensuite on introduit le dioptre de telle sorte que la vis soit à la partie supérieure ; l'instrument est maintenu par l'opérateur, mais c'est un aide qui doit tourner la vis au moyen de laquelle les valves s'écartent et dilatent le vagin. »

(Paul d'Egine, *Chirurgie*. Trad. de Briau. Paris, 1855, p. 299.)

qui a traduit le mot λωτός par *tridens*. Ce qui me fait adopter cette opinion, c'est moins la signification du mot grec, que je me déclare incompétent à interpréter, que la forme des autres spéculums qui ont été décrits depuis, et qui, tout aussi bien que ceux de Pompéi, étaient à trois branches s'écartant ou se rapprochant au moyen d'une vis, comme celle que Paul d'Égine recommande de tenir à la partie supérieure, c'est-à-dire vers le pubis, afin de pouvoir en confier le mouvement à un aide, tandis que l'opérateur se réservera de donner lui-même à l'instrument une direction convenable.

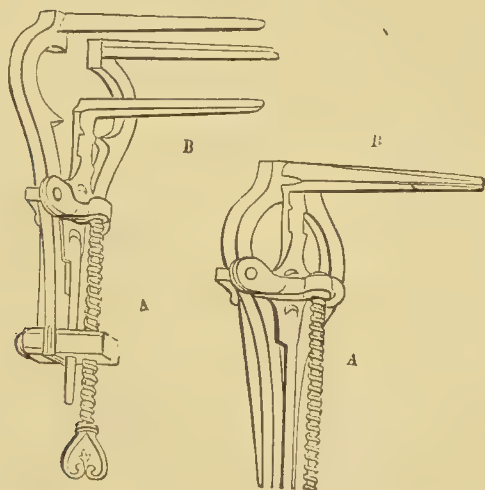


Fig. 25. — Spéculum décrit par A. Paré (*).

Le mécanisme de ces spéculums à trois branches tels que ceux dont vous pouvez voir le dessin dans les œuvres de Franco, d'Ambroise Paré et de Garengeot (*fig.* 25), se comprend à merveille, mais il n'en est

(*) A, vis de rappel servant à écarter les branches du trident. — B, Branches qui sont introduites dans le vagin, quand elles sont rapprochées, et qui, en s'écartant, déterminent la dilatation de ce conduit.

plus de même de celui, à forme extrêmement bizarre, dont la figure a été donnée par Albucasis (*fig.* 26). Cet appareil, qui ressemble à une de ces presses dont se servent les relieurs pour couper le papier, se compose de deux lames horizontales destinées à écarter latéralement les parois du vagin. Ces lames peuvent

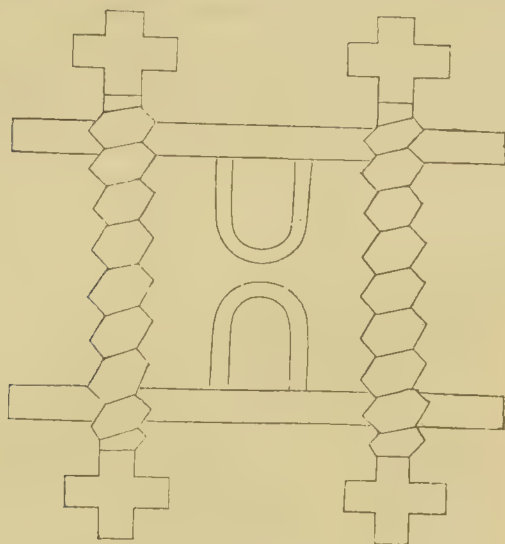


Fig. 26. — Spéculum d'Albucasis.

être éloignées ou rapprochées à volonté, au moyen d'un système de vis, traversant deux montants en bois verticaux, destinés à être placés entre les cuisses, position qui devait être, il faut en convenir, singulièrement gênante, tant pour la femme que pour l'opérateur. Aussi, quoique tous les instruments de ce genre, employés dans ces temps reculés, fussent plutôt destinés à dilater le vagin, pour faciliter les manœuvres obstétricales, qu'à examiner l'utérus en dehors de la grossesse, je doute fort qu'on ait jamais pu se servir utilement de celui d'Albucasis, car il me paraît abso-

lument impossible de l'appliquer et de le faire manœuvrer.

Le spéculum à trois branches, qui offrait au moins l'avantage d'une dilatation facile du vagin, avait l'inconvénient de ne pas éclairer les parties dilatées. Je trouve pourtant dans l'édition française de Gordon (1), publiée en 1509, le mot « *miroüer* » qui, appliqué au spéculum, devrait nous faire supposer que cette question d'éclairage n'a peut-être pas été aussi complétement dédaignée que nous pourrions être tentés de le croire.

Quoi qu'il en soit, les moyens qui devaient permettre d'explorer, par la vue, le col de l'utérus et le fond du vagin, n'étaient ni d'un maniement bien facile, ni d'un emploi journalier, et l'on comprend que les auteurs de l'antiquité aient oublié de nous en parler, quand on voit le même oubli se reproduire, à peu près de la même façon, dans des temps beaucoup plus rapprochés de nous (2).

Au milieu de cet oubli et de ce dédain, ce fut donc une véritable découverte que fit Récamier (3), lorsque, dans les premières années du dix-neuvième siècle, il imagina un instrument qui, grâce aux perfectionnements qu'il a subis depuis, s'est rapidement vulgarisé et est devenu aujourd'hui d'un usage journalier dans la pratique.

Je vous ai dit comment le célèbre praticien de l'Hôtel-Dieu de Paris fut conduit, en 1804, à l'idée de faire construire son spéculum. Ayant à panser une

(1) Gordon, *Le lys de la médecine*, 1509, 7e livre.
(2) Voir p. 50.
(3) Récamier, *Recherches sur le traitement du cancer*, 1829.

femme chez laquelle il avait reconnu, par le toucher, et par la nature des écoulements spéciaux qui en provenaient, une ulcération du col de l'utérus, il se servit d'une canule en fer-blanc pour écarter les parois du vagin, afin de les protéger contre l'action irritante des topiques qu'il voulait porter sur la partie malade, avec la certitude de pouvoir faire agir directement ces topi-

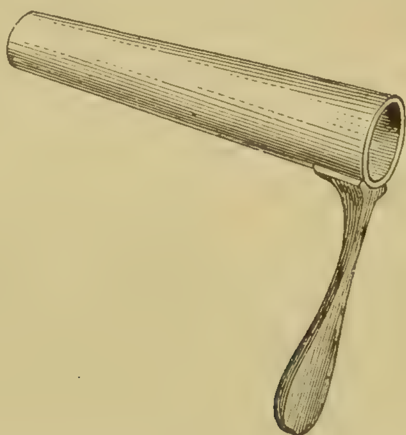


Fig. 27. — Spéculum de Récamier, modifié par Dupuytren.

ques sur l'organe intéressé. Cette canule, d'abord fort étroite, avait été élargie de façon à permettre au regard de plonger jusque sur les parties mises à découvert. Mais cela ne suffisant pas, et, afin de rendre plus accessibles à la vue les parties profondément situées, Récamier changea la forme du cylindre dont il s'était servi d'abord, en un cône tronqué métallique, dont la paroi interne brillante, faisant office de réflecteur, contribuait à éclairer vivement les parties mises à découvert, lorsqu'une lampe ou une bougie était placée au-devant de l'orifice externe. Cet instrument, d'abord fort long et d'un maniement peu commode, fut rac-

courci par Dupuytren, qui lui fit adapter un manche soudé à angle droit près de son orifice externe (*fig.* 27).

L'introduction en fut rendue plus facile, grâce au mandrin ou embout que Mme Boivin lui fit adapter,

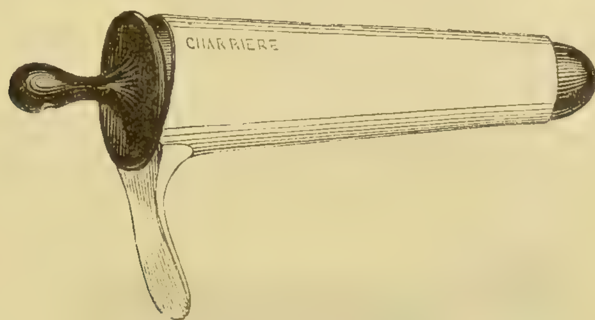


Fig. 28. — Spéculum de Récamier, garni d'un embout.

dans le but de rendre son application moins douloureuse, et qui fut préconisé par Mêlier (*fig.* 28). Par cette addition, le spéculum cylindro-conique, généralement connu aujourd'hui sous le nom de *spéculum plein*, atteignit assez rapidement tout le degré de perfectionnement dont il était susceptible, et les améliorations qui purent lui être imposées ultérieurement durent porter exclusivement sur la nature de la substance à employer pour sa fabrication. La première canule de Récamier était en fer-blanc, il fit son spéculum en étain bien poli; depuis on a employé l'argent, le maillechort, l'ivoire, le buis, la porcelaine, le cristal ou le verre opaque. Enfin, Fergusson, obéissant au besoin d'éclairer aussi vivement que possible le fond du vagin, a construit un spéculum en verre étamé recouvert d'une couche de caoutchouc durci (*fig.* 29).

Ce dernier instrument n'a d'autre défaut que son

excessive fragilité. Il ne comporte pas l'usage de l'embout, mais son introduction est rendue moins pénible grâce à un double artifice. En premier lieu les rebords de l'extrémité qui doit pénétrer dans le vagin sont retournés en dedans, comme Fleetwood Churchill (1), le premier, a conseillé de le faire, pour empêcher qu'ils ne puissent couper ou contondre les parois du vagin, contre les plis desquelles des bords tranchants viendraient butter douloureusement. En second lieu, cette extrémité est taillée en biseau de telle sorte que

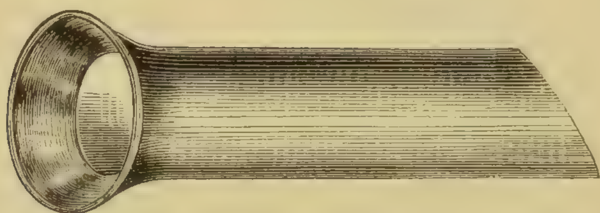


Fig. 29. — Spéculum de Fergusson.

la face postérieure du spéculum, correspondant à la paroi postérieure du vagin, soit plus longue que la face antérieure; ce qui permet à l'utérus, qui est naturellement incliné en avant, de présenter plus facilement son col dans cette échancrure, obliquement taillée pour le recevoir.

Cette configuration en biseau de l'extrémité utérine du spéculum n'est pas une innovation, elle avait été déjà indiquée par Récamier lui-même, lorsqu'il avait eu, le premier, l'idée de substituer le spéculum brisé, ou à valves indépendantes, au spéculum plein qu'il avait d'abord inventé.

(1) Churchill (Fleetwood), *Maladies des femmes*, édition de A. Leblond. Paris, 1874.

Mais le spéculum plein, quel que soit le perfectionnement qu'il ait subi, doit être forcément adapté aux dimensions du vagin dans lequel il doit être introduit; c'est pourquoi il est indispensable d'en avoir toujours une série, de volumes variables, suivant les cas.

Récamier crut pouvoir remédier à cet inconvénient, en se servant, au lieu d'un cylindre complet, de deux demi-cylindres adaptés l'un à l'autre à leur extrémité interne et susceptibles de s'écarter au niveau de l'anneau vulvaire, pour offrir un plus large passage aux rayons lumineux.

Il disposa ses demi-cylindres de telle sorte que, suivant la façon dont il les articulait, il pouvait, avec le même groupe, former deux spéculums de diamètres différents et ayant chacun son extrémité utérine taillée obliquement, ainsi que je viens de le dire (*fig.* 30 et 31).

L'idée était excellente en soi et elle contenait en germe tous les perfectionnements qui ont été apportés depuis à la construction des spéculums à valves. Mais son application reposait sur ce principe radicalement faux : que l'on pourrait indéfiniment dilater la vulve, en laissant invariable l'ouverture utérine du spéculum; tandis que c'était le résultat contraire que l'on devait rechercher. C'est ce qu'ont fait Jobert et Ricord qui, renversant, à ce point de vue, les termes du problème, ont obtenu le plus grand degré de perfectionnement possible en posant en principe : qu'il fallait, tout en donnant à l'anneau vulvaire tout le degré de dilatation qu'il est susceptible d'acquérir sans inconvénient, éviter de le tirailler d'une façon douloureuse, pour obtenir un écartement qui peut être, sans incon-

vénient, porté à des limites bien plus étendues, lorsqu'on l'opère au fond du vagin.

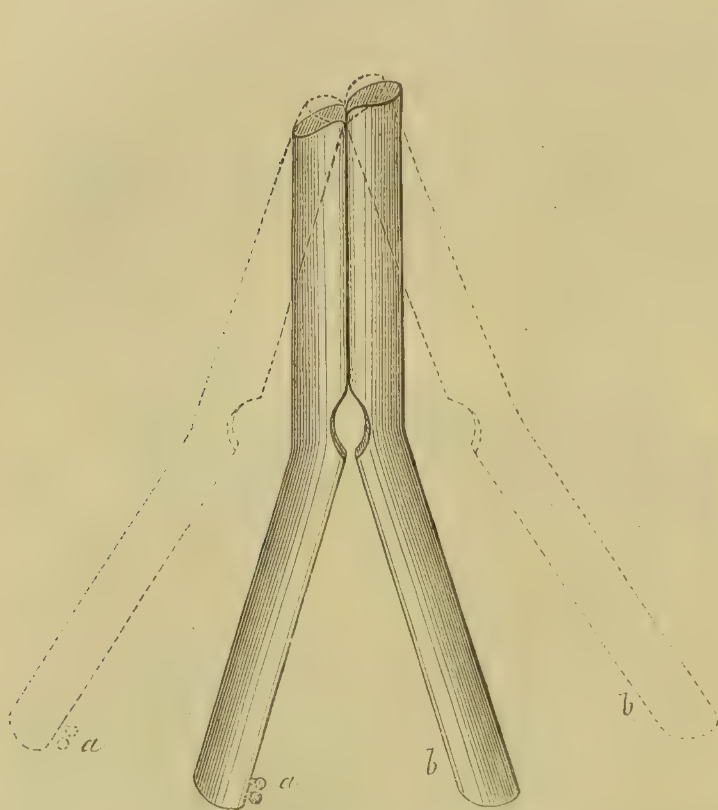


Fig. 30. — Spéculum brisé de Récamier (*).



Fig. 31. — Une des valves du spéculum brisé de Récamier (**).

Procédant d'après le même principe que Récamier,

(*) Les lignes ponctuées montrent l'écartement des valves, au niveau de la vulve; l'extrémité utérine, taillée obliquement, conserve des dimensions invariables. En articulant l'un à l'autre les deux demi-cylindres qui sont écartés sur cette figure, on obtiendrait un spéculum de dimensions moindres, mais ayant la même forme. L'articulation s'opère en introduisant les deux petits boutons *a* situés à l'extrémité de l'une des valves dans une rainure correspondante *b* qui règne tout le long de chacun des bords de l'autre valve.

(**) *b*, *b*, gouttière dans laquelle glissent les boutons *a* de l'autre valve pour constituer le cylindre complet.

Mme Boivin avait fait construire, en 1825, un instrument qui offrait cet avantage de pouvoir être réduit à un très-petit volume, au moment où, fermé, il était introduit dans le vagin ; mais qui était susceptible d'acquérir des dimensions suffisantes, quand on venait à l'ouvrir après son introduction. Ce spéculum (*fig.* 32),

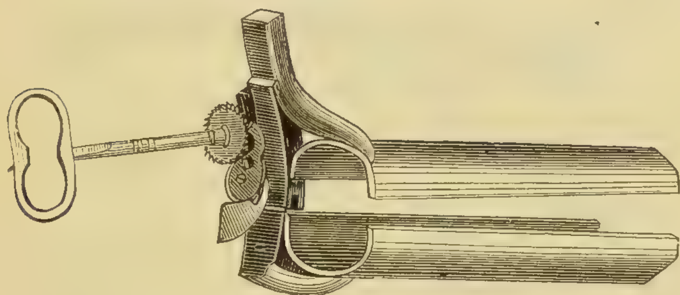


Fig. 32. — Spéculum de Mme Boivin.

composé de deux demi-cylindres glissant l'un sur l'autre par leurs bords, et mus au moyen d'un roue dentée, fixée au dehors sur le manche de l'instrument, avait, aussi bien que le précédent, l'inconvénient de dilater la vulve outre mesure au moment où il se développait.

Cet inconvénient existe encore, quoique à un moindre degré, dans le spéculum à deux valves de Lisfranc (1829). Chacune des valves est munie d'un manche, et l'articulation se trouve au dehors du vagin, au niveau de ce manche et assez près de la vulve, pour que l'écartement soit minime au niveau de cet anneau, quand il est très-grand au fond du vagin.

En 1833, Jobert, après avoir établi et démontré qu'un bon spéculum doit se dilater autant que possible dans la portion utérine du vagin et se rétrécir dans

la portion vulvaire, fit construire par Charrière un instrument d'une forme toute spéciale, composé de deux valves demi-cylindriques (*fig.* 33) présentant

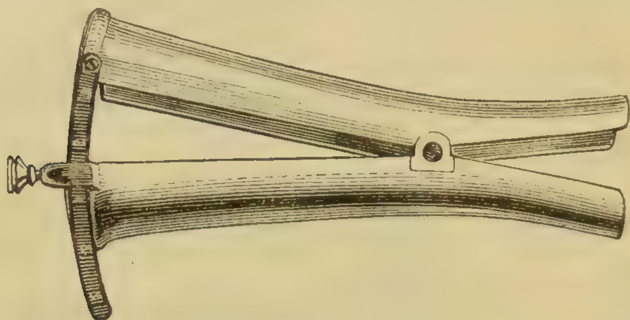


Fig. 33. — Spéculum de Jobert (de Lamballe).

une courbure longitudinale à convexité interne. Ces deux valves s'articulent au moyen d'une double vis, au niveau du sommet de la courbe, qui est situé, non pas tout à fait à la partie moyenne, mais un peu plus près de l'extrémité utérine que de l'extrémité vulvaire.

Dans ces conditions, si les extrémités vulvaires s'écartent de manière à constituer un cône tronqué, les valves utérines se rapprochent, de manière à former un cylindre régulier, par le contact de leurs bords; réciproquement, dans le mouvement opposé, les valves utérines s'écartent, tandis qu'au moyen d'une vis de rappel, on les maintient dans la position qui leur a été donnée.

Ricord, en 1834, dans la construction de l'instrument (*fig.* 34 et 35) qui porte son nom, ne fit, à vrai dire, que perfectionner celui de Jobert : ayant posé comme règle que, la vulve étant inextensible, c'est là que le volume de l'instrument doit rester invariable, il fit placer l'articulation juste au niveau de cet an-

neau; en outre, il fit, à l'exemple de Lisfranc, ajouter deux manches à son spéculum afin de pouvoir le ma-

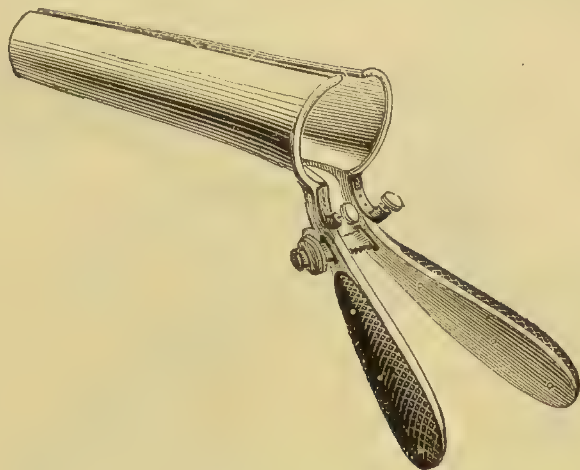


Fig. 34. — Spéculum bivalve de Ricord.

nier plus commodément. Une articulation placée près des manches et qui permet de les replier, le rend plus facile à transporter. Cet instrument est très-utile pour découvrir des cols volumineux; on lui reproche de laisser passer entre les valves les plis du vagin. mais cet inconvénient est singulièrement amoindri quand on a soin d'opérer la dilatation d'avant en arrière et non de droite à gauche.

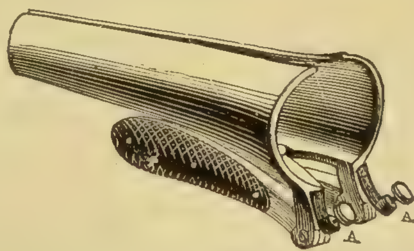


Fig. 35. — Spéculum bivalve de Ricord; les manches relevés.

En 1839, M. Ségalas, pour remédier à ce défaut. imagina un spéculum (*fig.* 36) à quatre valves se recouvrant l'une l'autre au moment où l'instrument est

fermé et se découvrant au moment où celui-ci reçoit

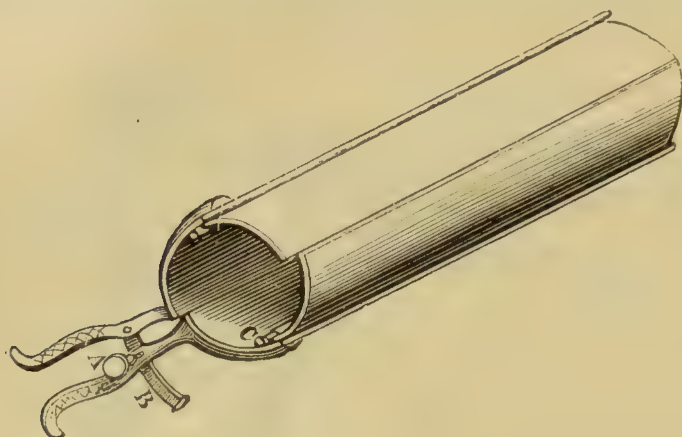


Fig. 36. — Spéculum à quatre valves de Ségalas (*).

le développement nécessaire à la dilatation du vagin.

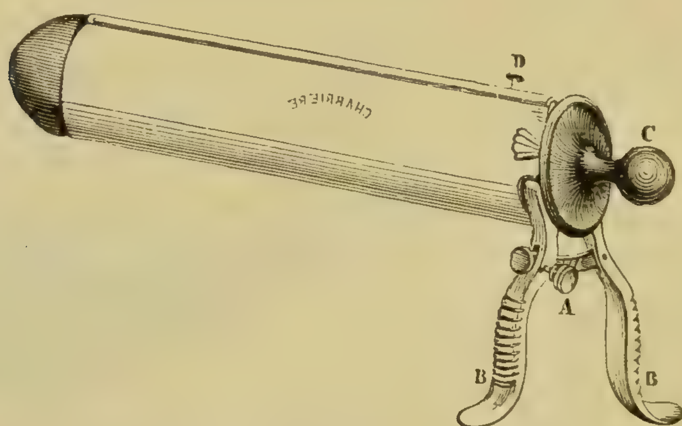


Fig. 37. — Spéculum à trois valves et à développement plein, modèle Charrière. — La valve supérieure, assemblée à coulisses, peut se séparer des deux autres et permet de mettre à découvert une partie de la paroi vaginale (**).

Le spéculum trivalve et à développement plein de

(*) A, vis de pression fixant la tringle B une fois les valves du spéculum écartées. — C, articulation des valves.

(**) A, vis de pression pour maintenir le spéculum écarté. — B, B, manches de l'instrument. — C, extrémité de l'embout. — D, bouton servant à faire glisser la valve supérieure que l'on peut enlever à volonté.

Charrière (*fig.* 37) n'est qu'une simple modification de ce spéculum quadrivalve de Ségalas. Plus tard, le même fabricant eut l'idée (*fig.* 38) d'ajouter deux val-

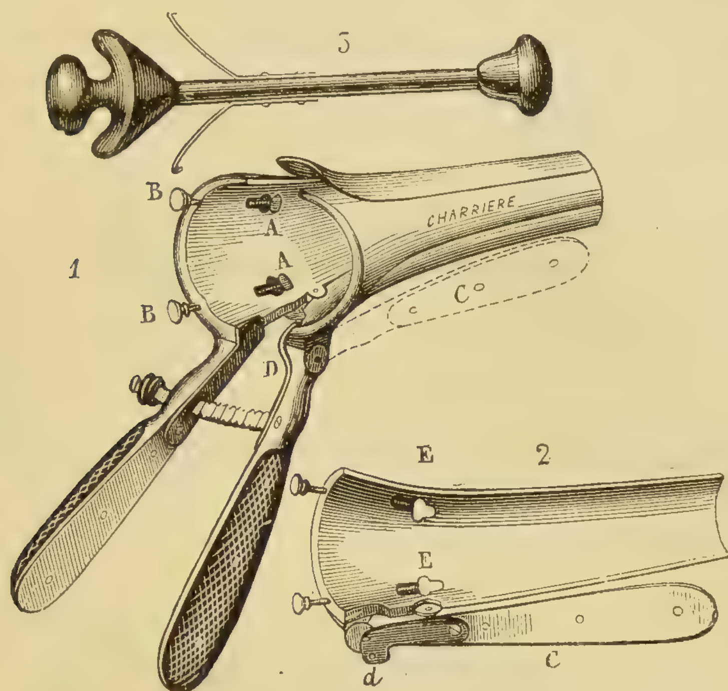


Fig. 38. — Spéculum à quatre valves, de Charrière (*).

ves supplémentaires au spéculum bivalve de Ricord, et cela dans le but de combler le vide restant entre les valves de ce spéculum, au moment de leur écartement, et de refouler les plis de la muqueuse vaginale qui viennent assez souvent proéminer dans le champ du spéculum et l'oblitérer. Les deux valves supplémentaires, qu'on peut adapter ou enlever à volonté, produisent un écartement suffisant pour permettre

(*) 1, spéculum articulé. — 2, une des valves latérales du spéculum vue par sa face interne. — 3, embout du spéculum. — AA, EE, BB, tourets et vis servant à fixer les valves supplémentaires. — C,C, manches de l'instrument repliés. —*d*, D, articulations permettant de replier les manches.

d'étaler d'une manière parfaite la partie profonde du vagin et de mettre en vue toute la surface externe du col, dont les parois latérales sont parfois le siége d'altérations morbides difficiles à découvrir.

Enfin, M. Cusco a fait construire un nouveau spécu-

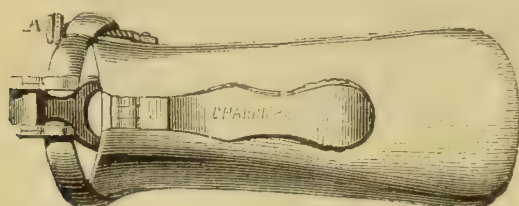


Fig. 39. — Spéculum de Cusco, vu de face.

lum bivalve, en bec de cane (*fig.* 39 *et* 40), qui, tout en conservant un diamètre constant à son extrémité

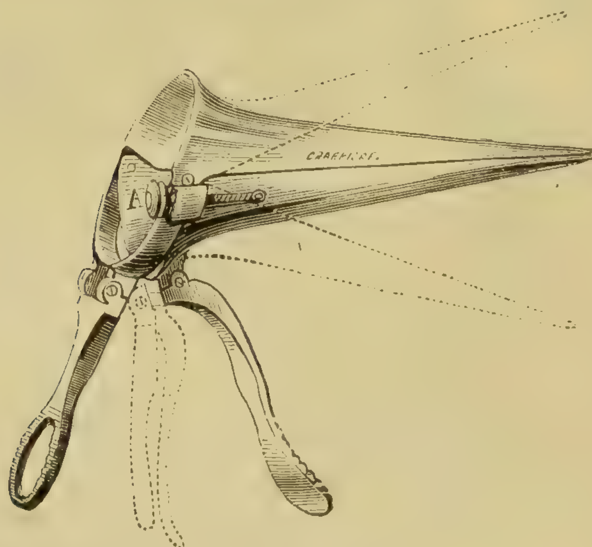


Fig. 40. — Spéculum de Cusco, vu de côté. Les lignes ponctuées indiquent le degré d'écartement des valves.

vulvaire, permet d'écarter fortement le fond du vagin, par suite de la grande largeur des deux valves de

l'instrument à leur extrémité utérine, et de l'écartement que permet de leur donner le système d'articulation, disposé au niveau de l'anneau vulvaire. L'écartement s'obtient par le rapprochement des manches de l'instrument et se maintient au moyen d'une vis de pression. Ce spéculum est plus court que celui de Ricord, de sorte qu'il ne repousse pas le col de l'utérus, lorsqu'il est placé un peu bas, et qu'il permet alors de l'examiner de plus près. C'est un des spéculums les plus commodes que nous possédions, et c'est en même temps le plus facile à manier pour ceux qui n'ont pas une très-grande habitude de ces explorations.

Je lui reproche cependant un inconvénient, c'est que, ses deux valves se réunissant par une double articulation, il forme un cercle complet au niveau de la vulve et qu'il n'y a pas moyen de le retirer en laissant dans le vagin, soit une pince avec laquelle on aurait saisi une tumeur, soit une sonde introduite dans le col. Cette petite manœuvre à laquelle j'ai fort souvent re-



Fig. 41. — Spéculum de Bouveret (fermé).

cours ne peut être exécutée qu'avec le spéculum de Ricord, dont les deux valves réunies d'un seul côté, celui qui correspond aux manches, sont séparées du côté opposé par un assez notable écartement (Voir

fig. 34 *et* 35). Mon interne, M. Bouveret, a donné à M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, des

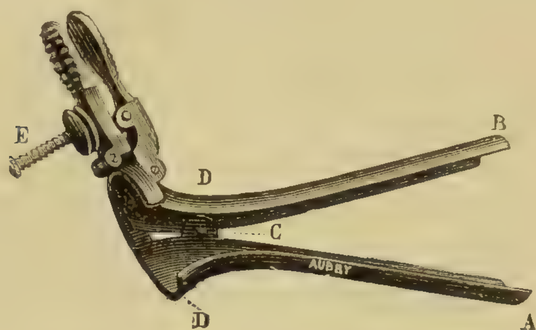


Fig. 42. — Spéculum de Bouveret (ouvert) (*).

indications qui lui ont permis de modifier le spéculum de Cusco, de façon à faire disparaître cet inconvénient. Il a complété ce perfectionnement en taillant la valve supérieure en biseau, de façon à obtenir les avantages recherchés par Fergusson et Récamier et qui sont réels, car en raison de l'obliquité antérieure de l'utérus et de la plus grande brièveté de la paroi vaginale antérieure, le museau de tanche s'emboîte plus facilement dans un instrument ainsi disposé.

Un autre avantage du spéculum de Bouveret consiste dans la façon dont est disposée la vis qui permet de maintenir l'écartement des valves, et qui en rend le maniement beaucoup plus facile qu'il ne l'est dans le spéculum primitif de Cusco.

Il existe un troisième type de spéculums, ce sont les spéculums univalves. Jobert se servait, pour di-

(*) A et B, valves taillées en biseau. — C, articulation n'existant que d'un seul côté. — DD, intervalle laissé entre les valves du côté où l'articulation a été supprimée. — E, manche, avec vis de pression pour maintenir l'écartement.

later le vagin, dans les opérations de fistules, de divers dépresseurs en bois ou en métal, dont la forme différait suivant la portion de la paroi qu'il s'agissait d'écarter afin de mettre les autres à découvert. Pour examiner la paroi antérieure, siége des fistules vésico-vaginales, il déprimait la paroi postérieure du

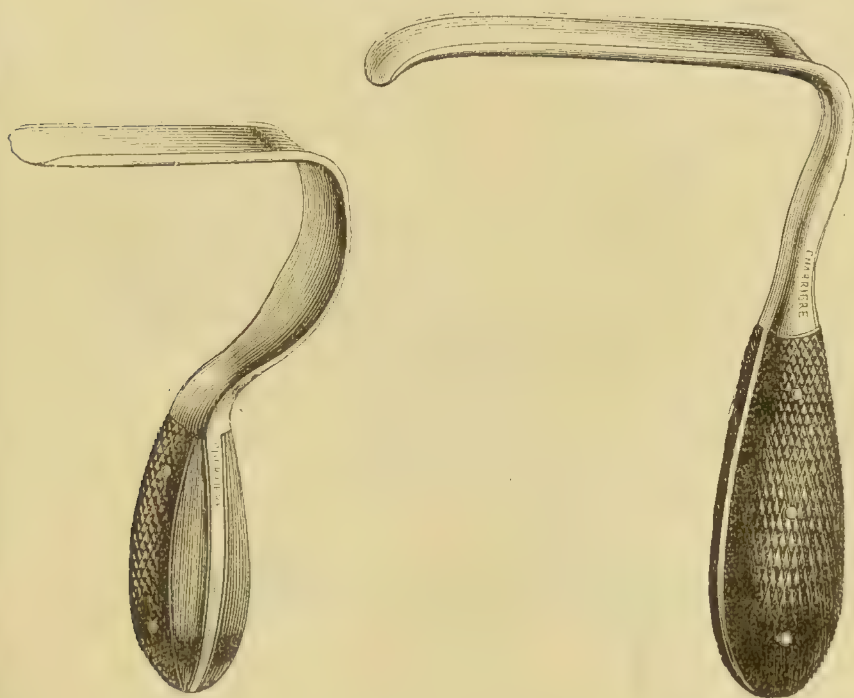


Fig. 43 et 44. — Spéculum univalve de Jobert.

vagin avec une espèce de spatule en bois ou en métal, coudée à angle droit et munie d'un manche (*fig.* 43 *et* 44). Cet instrument appuyé sur la paroi vaginale, refoulait le rectum; deux leviers en cuivre, moins fortement coudés, écartaient les parois latérales (*fig.* 45).

Marion Sims, en construisant son spéculum univalve, n'a fait que perfectionner celui de Jobert et rendre son emploi plus facile. Il attribue une grande

importance à la pénétration de l'air qui, en raison de la position donnée à la malade, dilate le vagin et



Fig. 45. — Levier de Jobert, pour écarter les parois latérales du vagin.

favorise son exploration. Ayant eu occasion de se servir une fois du manche d'une cuiller, que, pour faciliter ses manœuvres, il eut soin de recourber fortement, M. Sims pensa qu'un instrument d'une forme analogue pourrait rendre de véritables services,



Fig. 46. — Spéculum de Sims.

et c'est d'après ces données qu'il fit construire son spéculum. Cet instrument se compose d'une valve unique, creusée en gouttière et présentant une courbure spéciale au niveau du manche, qui réunit souvent deux spéculums d'inégale grandeur (*fig.* 46). Le but de cette courbure est de faciliter l'exercice

de la puissance de l'instrument, comme levier, dans les opérations de longue durée ; de cette façon, l'aide peut tenir le spéculum plus longtemps sans se fatiguer.

Ce spéculum n'est, à vrai dire, qu'un simple dilatateur du vagin, qui ne reflète que fort imparfaitement les rayons lumineux, et à l'action duquel il est souvent nécessaire d'aider en écartant les côtés du vagin avec des leviers analogues à ceux de Jobert. Je le préfère cependant au spéculum à quatre branches mobiles de Scanzoni (*fig.* 47), ainsi qu'aux divers spéculums gril-

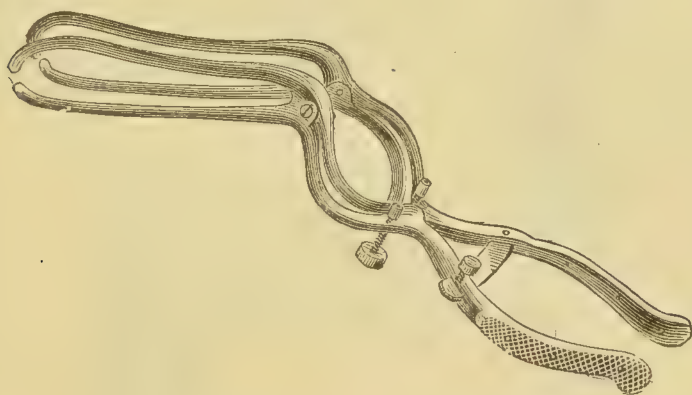


Fig. 47. — Spéculum à quatre branches de Scanzoni.

lagés qui ont été proposés dans le but de permettre de voir la muqueuse du vagin en même temps que le col (*fig.* 48, 49 *et* 50) ; et je lui trouve surtout cet avantage de pouvoir permettre de pratiquer le toucher, simultanément avec l'examen par la vue, ce qui ne peut être fait aussi commodément avec aucun autre instrument.

Une des dernières modifications apportées au spéculum est due à l'esprit ingénieux de M. Bozeman. Ce praticien distingué a imaginé un spéculum qui peut

se tenir seul en place et permet de pratiquer certaines opérations, sur le col utérin ou sur les parois

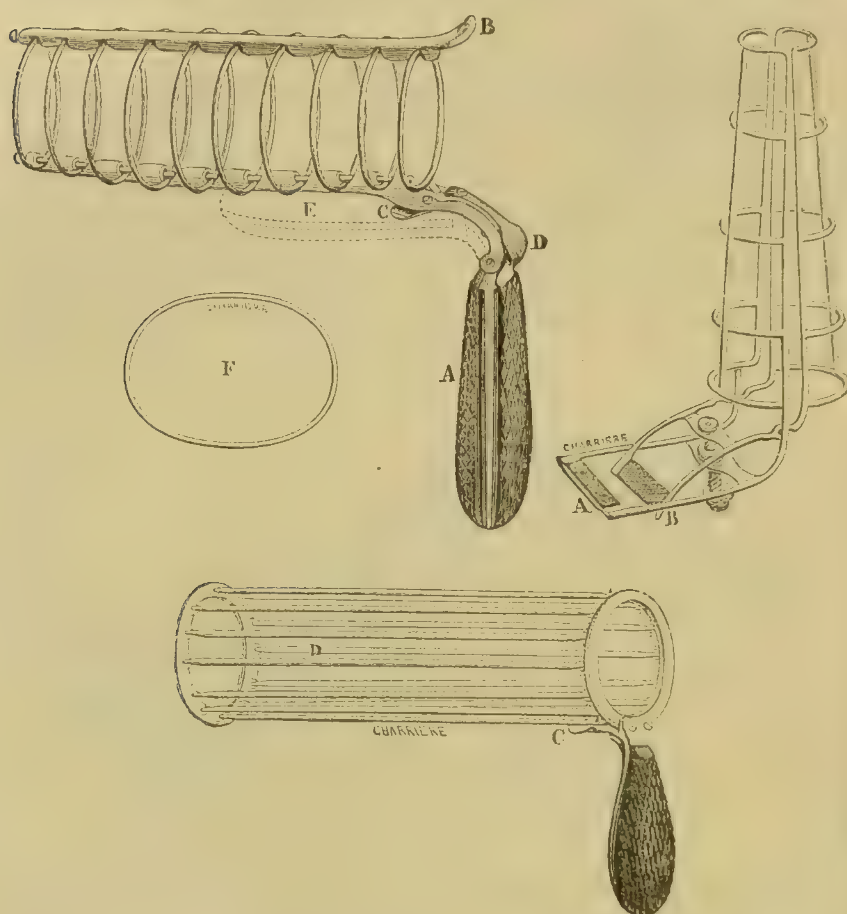


Fig. 48, 49 et 50. — Diverses espèces de spéculums grillagés (*).

vaginales, sans le secours d'aucun aide (1). Il se

(1) J'ai présenté cet instrument à la Société de médecine de Paris, dans la séance du mois d'août 1870. Voir *Gazette des hôpitaux* (n° 141 du 2 février 1871). Voir plus loin, p. 278, les accessoires indispensables pour l'emploi de ce spéculum.

(*) A, manche inférieur de l'instrument. — B, manche supérieur. — C, mécanisme faisant fermer le spéculum. — D, articulation permettant au manche A de se replier. — E, ce même manche replié. — F, coupe de l'instrument ouvert.

compose de trois valves, dont deux sont réunies et se meuvent, pour s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre, au moyen d'un pas de vis situé dans le manche, et dont le mécanisme a beaucoup de rapports avec ceux des spéculums à trois branches des anciens (*fig.* 51). La troisième valve, mobile et indépendante, est munie, vers son extrémité vulvaire, d'une

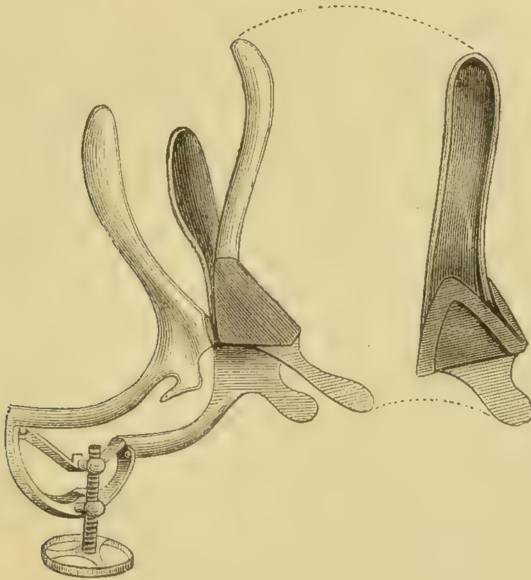


Fig. 51. — Spéculum de M. Bozeman. La valve inférieure, qui est mobile et indépendante du reste de l'instrument, est vue en place par sa face interne, et se trouve représentée sur le côté de la figure par sa face interne.

rainure triangulaire destinée à recevoir les saillies correspondantes des deux autres valves ; de telle sorte qu'il suffit de faire glisser cette troisième valve, en insinuant les saillies dans la rainure, pour former un tout complet, constituant un spéculum à trois valves, qui, réduit à un petit volume, pour l'introduction, peut acquérir une dilatation fort grande. Cet instrument,

en raison de la grande courbure de ses valves et du peu de poids de son manche, se tient parfaitement en place lorsqu'il est appliqué, et ne nécessite en effet le secours d'aucun aide pour le maintenir, laissant au médecin la libre disposition de ses deux mains.

D'après les différents et nombreux spécimens que je viens de faire passer sous vos yeux, vous voyez, Messieurs, que, malgré leurs variétés presque infinies, tous les spéculums qui ont été imaginés jusqu'ici se réduisent à deux types principaux : le spéculum plein, espèce de tube conique ou cylindrique ; le spéculum à valves, quel que soit le nombre des valves, que ces valves, réunies ensemble, s'écartent à l'aide d'un mécanisme dépendant du manche de l'instrument ou que, séparées, elles soient confiées aux mains des aides qui s'en servent comme de leviers, pour écarter l'une de l'autre les parois du vagin et rendre le fond de ce conduit accessible à la lumière.

Le spéculum plein doit être préféré lorsqu'il s'agit seulement de reconnaître la situation de l'utérus, ou de porter sur le col soit le fer rouge, soit un caustique chimique énergique. Dans toutes les autres circonstances les spéculums à valves offrent d'incontestables avantages, d'abord, parce que leur introduction est moins pénible pour la patiente, puis parce qu'ils permettent d'explorer la muqueuse vaginale en même temps que le col utérin.

A tous les autres je préfère le spéculum bivalve de Ricord, dont l'emploi demande peut-être un peu plus d'habitude et d'habileté manuelle, mais qui fournit des renseignements plus étendus et se prête plus fa-

cilement que d'autres à certaines manœuvres complémentaires de l'examen par le spéculum. Le spéculum de Cusco, dont l'emploi est infiniment plus commode pour des mains inexpérimentées, présente, grâce aux perfectionnements que lui a fait subir M. Bouveret, à peu près les mêmes avantages que celui de Ricord.

Je vais vous indiquer la manière d'appliquer ces divers instruments en commençant par le spéculum plein. Mais voyons d'abord quelle position il convient de donner à la patiente. Cette position varie un peu suivant les nations. En Angleterre, en Amérique et même dans certaines contrées de l'Allemagne, on adopte le décubitus latéral gauche. En France le décubitus dorsal est généralement préféré, pour cet examen; sauf quand on doit pratiquer certaines opérations pour lesquelles on emploie le spéculum de Sims, qui nécessite une position spéciale.

Le lit à spéculum que vous trouvez dans tous les services d'hôpitaux et qu'un praticien ne peut pas se dispenser d'avoir dans son cabinet, quand il veut pouvoir y examiner convenablement les malades qui viennent le consulter, indique la position à prendre pour cet examen. C'est une sorte de table, rembourée ou couverte d'un matelas, au-devant de laquelle se trouvent deux sandales soutenues par des supports. La malade, couchée sur le dos, approche son bassin aussi près que possible du rebord de la table, place ses pieds dans les sandales, et alors ses membres inférieurs se trouvent naturellement relevés et fléchis sur l'abdomen, les genoux écartés de façon à rendre la région vulvo-périnéale parfaitement visible et accessible.

Lorsque, dans la pratique civile, on a besoin d'examiner une femme au spéculum, dans son domicile, on la fait coucher en travers et sur le bord de son lit, de façon à ce que les jambes soient complétement en dehors. Il est bon de placer sous le siége deux ou trois

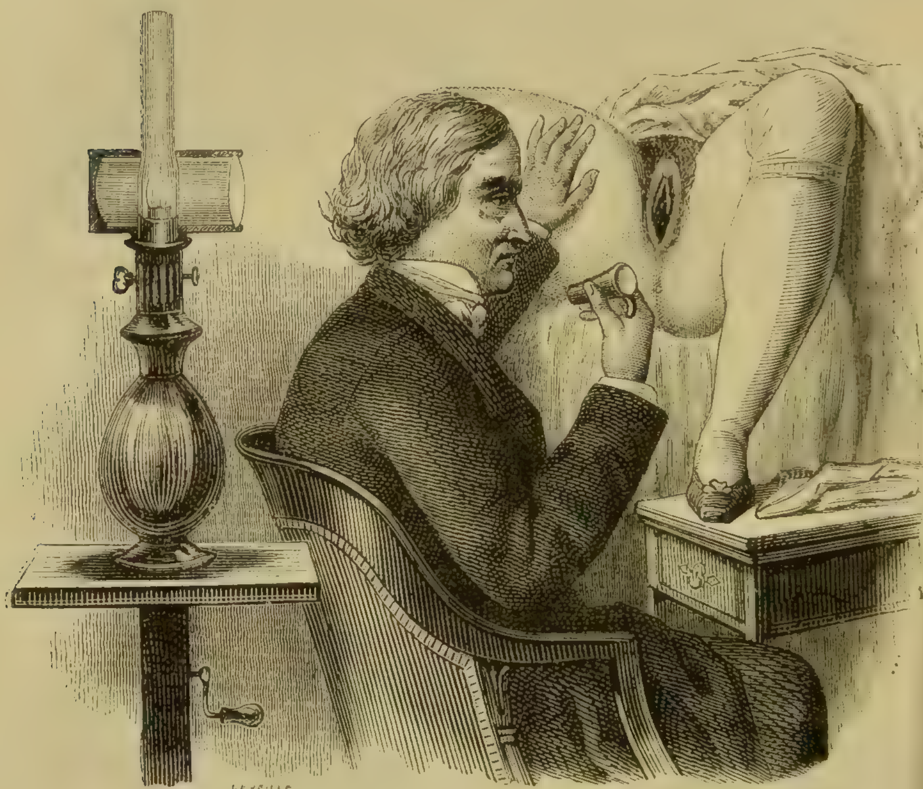


Fig. 52. — Disposition pour l'examen au spéculum.

draps pliés, ou mieux un corps résistant : un tabouret, par exemple, que l'on insinue entre les matelas, pour donner au bassin une base solide et l'empêcher de s'enfoncer dans le lit.

Si l'on peut disposer de deux aides, l'examen est très-facile, car chacun d'eux, tenant un des pieds de la

malade, la soutient dans la position voulue et remplace avantageusement, pour cet office, la sandale de notre lit à spéculum. Dans le cas où l'on est obligé de faire cette exploration sans l'assistance d'aucun aide — ce qu'il faut éviter autant que possible — le médecin peut, s'asseyant devant la malade, faire mettre les pieds de la femme sur chacun de ses genoux, ou mieux les placer sur deux chaises disposées de façon à remplacer, d'une manière incomplète, il est vrai, les points d'appui fournis par les aides ou par les pédales du lit à spéculum. — Une précaution encore importante à vous signaler, c'est de faire reposer seulement la tête et non pas le dos de votre malade sur un coussin, parce que le bassin doit toujours être plus élevé que la région dorsale qui forme un plan incliné en bas et en arrière ; cette position, qui est très-favorable à la pénétration directe de la lumière, permet, en outre, d'amener facilement le col dans l'aire du spéculum et de profiter de la lumière solaire toutes les fois que cela est possible. A défaut de cette dernière, on peut faire usage ou d'une lampe à réflecteur, comme pour le laryngoscope (*fig.* 52), ou tout simplement d'un réflecteur en métal poli, placé derrière une bougie (*fig.* 53) ; une simple cuiller d'argent remplit très-bien cet office (*fig.* 54). La plupart des réflecteurs imaginés pour éclairer soit le conduit auditif, soit le fond de la gorge, peuvent également être employés pour l'examen au spéculum. Les réflecteurs

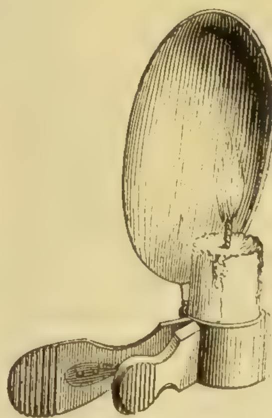


Fig. 53. — Réflecteur pour éclairer le vagin.

placés en arrière de l'observateur ont cet avantage de lui laisser la libre disposition de ses deux mains ;

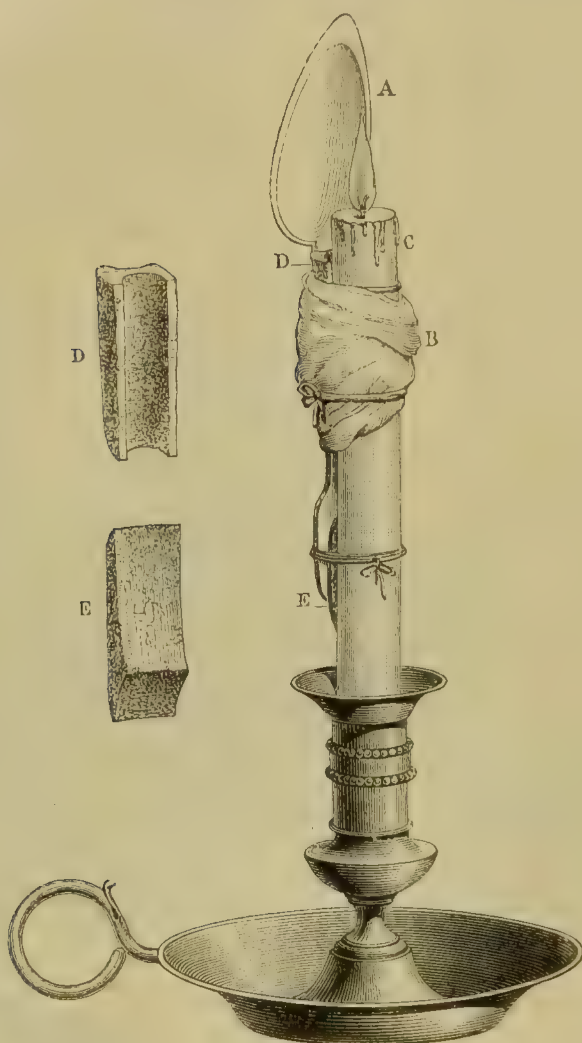


Fig. 54. — Cuiller adaptée contre une bougie pour servir de réflecteur (*).

ils peuvent consister soit en une lampe placée sur une table à pivot (*fig.* 55), soit en une simple bougie

(*) A, cuiller ; B, bande de linge ; C, bougie ; D, tasseau de liége s'appliquant à la partie médiane de la cuiller ; E, tasseau de liége s'appliquant à la partie inférieure de la cuiller.

portée par un appareil composé de diverses tiges articulées qui permettent de l'élever ou de l'abaisser à volonté, et d'un manche muni d'une vis de pression à l'aide de laquelle on peut le fixer sur un meuble quelconque (*fig.* 56). Je me sers, chez moi, d'un réflecteur à gaz que j'ai fait installer spécialement pour cet usage, et je m'en trouve fort bien.

M. Trouvé, dont tout le monde connaît l'esprit ingénieux et inventif, vient de construire un appareil d'éclairage électrique auquel il a donné le nom de *polyscope* et qui peut être très-utilement employé pour l'examen de la cavité vaginale et du

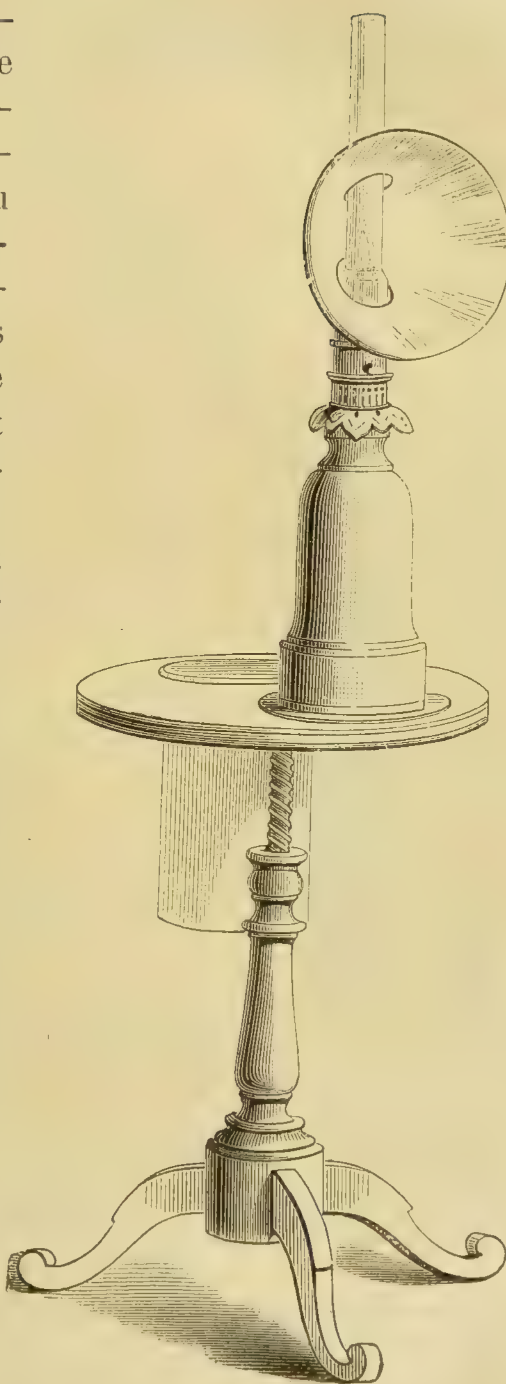


Fig. 55. — Table à pivot avec la lampe munie d'un réflecteur parabolique.

col de l'utérus. Cet appareil se compose de deux parties : 1° une sorte de réservoir d'électricité que l'on charge au moyen d'une pile spéciale et qui est disposé de façon à pouvoir être aisément transporté (*fig.* 57). L'écoulement de l'électricité peut être gradué à volonté, et la quantité emmagasinée dans le réservoir est suffisante pour faire des explorations qui peuvent durer plusieurs heures ; 2° un manche (*fig.* 58) qui est mis en communication avec le réservoir d'électricité au moyen de fils conducteurs ; et à l'extrémité duquel se monte le réflecteur en tôle émaillée, à l'intérieur duquel se trouve un très-mince fil de platine qui devient incandescent et produit une très-belle lumière, au moment du passage du courant électrique. Le seul inconvénient de cet appareil, c'est

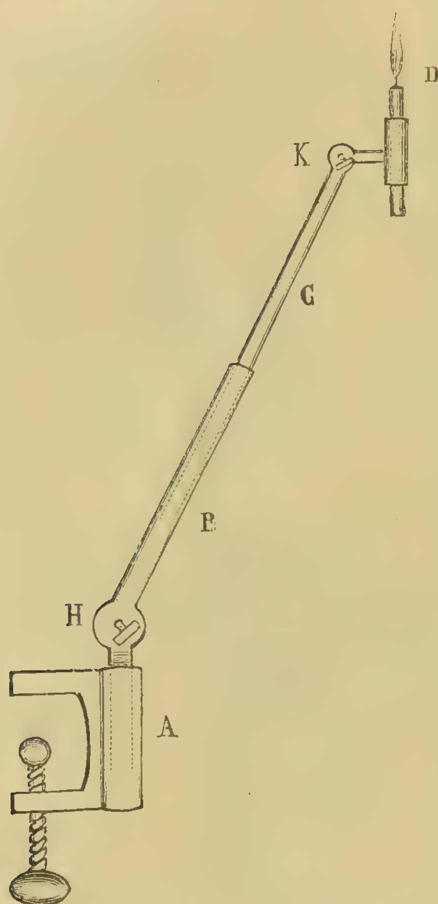


Fig. 56. — Appareil d'éclairage de M. Leblond (*).

(*) A, vis de pression destinée à fixer l'appareil sur l'une des chaises qui supportent les pieds de la malade ; B, tige creuse, mobile au point H, de façon à pouvoir s'enclaver et fixée sur la vis de façon à pouvoir se mouvoir circulairement ; C, tige glissant à frottement dans la tige B de façon à allonger plus ou moins l'appareil ; K, articulation ; D, bougie.

qu'il occupe une des mains de l'opérateur. M. Trouvé y a remédié, d'après mes indications, en adaptant

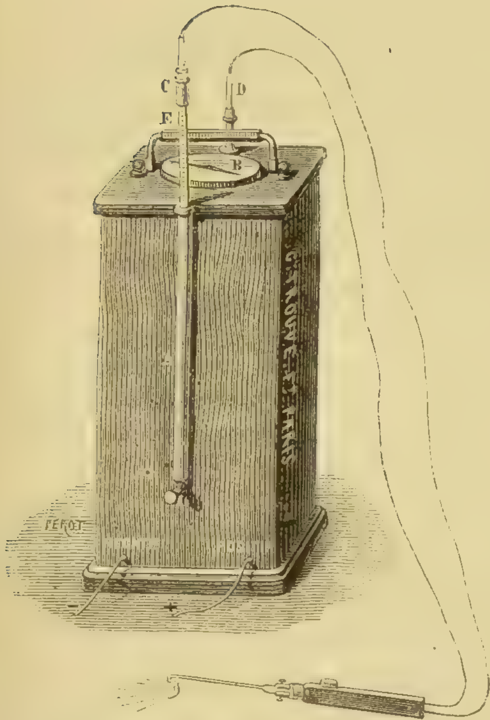


Fig. 57. — Ensemble du polyscope en fonctions (*).

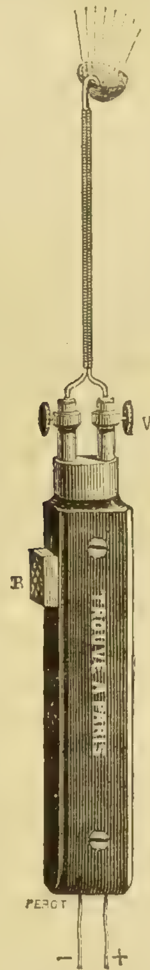


Fig. 58. — Réflecteur du polyscope pour éclairer le spéculum.

son réflecteur dans le manche même du spéculum, de

(*) A, régulateur du courant du réservoir placé dans l'intérieur de la boîte. — B, galvanomètre à deux circuits. — C, D, pinces à coulants, destinées à établir la communication électrique entre le manche et les pôles du réservoir par l'intermédiaire des fils conducteurs. Un des pôles est représenté par la tige même (E) du régulateur. — F, manche à pédale auquel on adapte les réflecteurs ou les cautères.

telle sorte qu'il ne gêne en aucune façon ni la vue, ni le maniement des instruments dont on peut avoir besoin de se servir, au cours d'une exploration.

Avant d'introduire le spéculum, il faut préalablement lui donner une température à peu près égale à celle des parties avec lesquelles il va être mis en contact, pour que ce contact ne produise pas une sensation désagréable. En hiver il faudra donc le chauffer, soit en le plongeant dans l'eau tiède, soit, ce qui vaut infiniment mieux, en le tenant, pendant quelques instants, dans la main, avant de s'en servir. On l'enduit ensuite d'un corps gras qui en facilite le glissement. Quand on emploie le spéculum plein, il est à peu près indispensable d'y ajouter l'embout disposé de manière à former au sommet une surface lisse, convexe.

Toutes ces précautions étant prises, vous saisissez le manche de l'instrument dans le creux de la main droite, les doigts étant allongés sur le spéculum de façon à maintenir l'embout solidement et étroitement fixé dans le cylindre ; de l'autre main, le médius étant introduit dans la commissure postérieure de la vulve et déprimant fortement la fourchette, avec l'indicateur et l'annulaire, vous écartez les poils, les grandes lèvres, et enfin les petites lèvres ; vous ferez mieux de ne pas toucher à ces dernières qui, lorsqu'elles ne sont pas très-saillantes, suivent le mouvement imprimé aux grandes lèvres. Par cette petite manœuvre, vous déterminez la formation d'une sorte de gouttière, limitée en partie par vos trois doigts, dans laquelle vous ferez glisser le spéculum, pour l'introduire dans le vagin, en appuyant fortement sur le médius, de

façon à déprimer le périnée, pour éloigner l'instrument et du méat urinaire et du tubercule antérieur du vagin, qu'il faut éviter de heurter, autant que cela est possible. Une fois l'anneau vulvaire franchi, en évitant de léser les caroncules myrtiformes, il faut faire basculer le manche du spéculum, pour le porter en arrière, ce qui élèvera l'extrémité de l'instrument et la remettra dans l'axe du vagin. Ce mouvement est identique à celui que je vous ai recommandé de faire exécuter au doigt explorateur pour le toucher vaginal, et il est indispensable pour permettre de pénétrer jusqu'au fond du vagin.

Dès que ce mouvement de bascule est opéré, et avant d'enfoncer l'instrument, les doigts de la main gauche, qui lui ont ouvert le passage et lui ont servi de guide, ne sont plus utiles, vous pouvez les retirer ; vous pouvez aussi retirer l'embout dont le rôle protecteur est terminé, dès que l'anneau vulvaire est franchi. Quelques auteurs conseillent bien de le laisser jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le col — ou pour parler plus exactement jusqu'au fond du vagin — cela est non-seulement inutile, mais peut même devenir gênant, car, lorsqu'on procède ainsi, rien n'indique que l'on arrive sur le col, et il se peut parfaitement qu'on ne le trouve pas engagé dans le champ de l'instrument, au moment où l'on retire l'embout. Pour éviter ce mécompte, on vous recommande de toujours toucher une femme avant de la passer au spéculum. Le précepte est bon, je n'en disconviens pas, et vous voyez que moi aussi je fais passer l'examen par le toucher avant l'examen par le spéculum, mais pour de toutes autres raisons. Aussi, quand il m'arrive de

penser que le toucher ne me fournira aucun renseignement utile, et que le spéculum me montrera tout ce que je puis avoir intérêt à constater : dans une vaginite par exemple, je me dispense de toucher, car je n'ai aucunement besoin de cet examen préalable.

Pour arriver sûrement et facilement sur le col avec mon spéculum plein, voici comment je procède, en me conformant à un précepte donné par Valleix (1) et que certains auteurs ont incomplétement reproduit, n'en comprenant bien ni l'importance ni la valeur. Dès que l'extrémité du spéculum a dépassé le tubercule antérieur du vagin, qui est la dernière saillie de la muqueuse entourant la vulve, que je pourrais craindre de blesser et de contondre, j'enlève l'embout du spéculum ; alors je vois au-devant du cercle interne de l'instrument une sorte de rosace, dont les rayons convergent, non pas vers un point central, mais vers une ligne transversale coupant horizontalement le champ du spéculum (*fig.* 59). Cette ligne transversale est formée, ainsi que les rayons qui en partent, par les plis du vagin dont les parois antérieure et postérieure, appliquées l'une contre l'autre à l'état normal, doivent s'écarter pour donner passage à l'instrument.

A mesure que le spéculum avance, le vagin se déplisse au-devant de lui, mais la même figure se retrouve toujours dans l'aire de mon instrument, tant que j'ai soin de le maintenir dans l'axe du conduit membraneux. Si, par un mouvement mal dirigé, je m'éloigne de l'axe du vagin, la figure change d'aspect (*fig.* 60) : la ligne transversale qui fait le centre de la rosace se rapproche du bord du cercle circon-

(1) Valleix, *Leçons cliniques sur les déviations utérines*, Paris, 1852.

scrit par le spéculum, en se portant du côté opposé à celui vers lequel s'incline l'instrument, puis disparaît

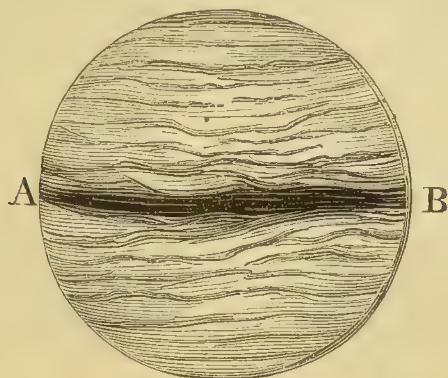


Fig. 59. — Déplissement du vagin pendant l'introduction régulière du spéculum plein (*).

tout à fait et alors je n'ai plus sous les yeux qu'une simple toile, uniformément tendue, sur laquelle les

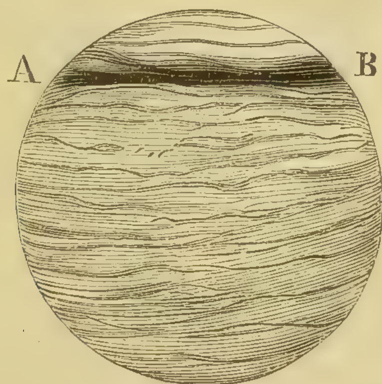


Fig. 60. — Déplissement du vagin pendant l'introduction du spéculum plein, lorsque l'instrument est mal dirigé (**).

plis et les rides naturels du vagin sont à peine appa-

(*) A. B. La ligne d'adossement des deux parois vaginales restant au centre de l'intrument.

(**) A. B. La ligne d'adossement des parois vaginales qui n'est plus au centre de l'instrument et se porte du côté vers lequel ce dernier est incliné.

rents. Un mouvement opposé ramène les choses dans leur état primitif et, aussi loin que j'avance dans l'intérieur du vagin, la même rosace reste au fond de mon spéculum, jusqu'au moment où j'arrive à découvrir le col de l'utérus, sur lequel je suis ainsi inévitablement et fatalement conduit (*fig.* 61), quelle que soit sa position.

La première portion du col que l'on découvre dans l'état normal, quand on opère d'après les règles que je viens d'indiquer, est la lèvre antérieure, ce qui se

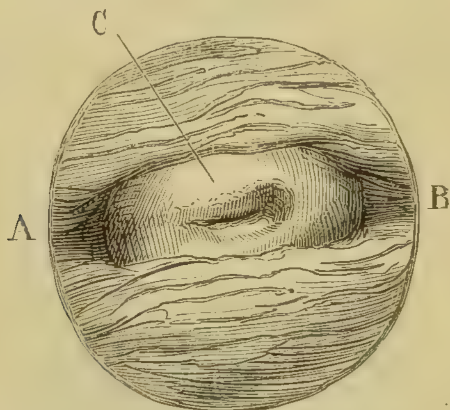


Fig. 61. — Le col de l'utérus apparaissant au fond du spéculum (*).

comprend, puisque l'utérus est un peu incliné en avant et forme avec le vagin un angle obtus, ouvert en avant. Si la lèvre postérieure se montrait la première, ou même si le col de l'utérus se présentait exactement au centre du spéculum, c'est qu'il serait dévié dans une certaine mesure, au lieu d'être dans sa situation régulière et normale. A l'état physiologique et sain, il faut une petite manœuvre pour l'engager au centre

(*) AB, la ligne d'adossement des deux parois vaginales se déplissant pour laisser voir le col C.

de l'instrument, il suffit de porter l'extrémité supérieure du spéculum en arrière et en haut, en abaissant un peu le manche de l'instrument, qu'on relève ensuite vers le pubis pour bien éclairer le fond. Dès lors le col s'engage très-facilement dans l'axe de l'instrument et l'on aperçoit nettement les deux lèvres, mais la lèvre antérieure est toujours plus apparente que la postérieure, et l'orifice externe du col, au lieu d'occuper exactement le centre de l'instrument, est situé à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs.

Si l'on se sert du spéculum de Fergusson, qui est taillé en biseau (1), on doit maintenir la partie la plus saillante du biseau vers la face postérieure du vagin, et alors on n'a pas besoin d'exécuter le petit mouvement dont je viens de parler, pour faire entrer le col dans le champ du spéculum, car il s'y engage de lui-même. On peut, en inclinant la partie externe de l'instrument en arrière, ce qui relève son bec en avant, ramener la lèvre postérieure dans l'axe de l'instrument, de façon qu'elle soit aussi apparente que la lèvre postérieure, même à l'état normal.

Puisque je vous parle du spéculum de Fergusson, laissez-moi vous indiquer une petite précaution indispensable pour l'introduire. Comme il n'a pas d'embout, il faut avoir soin d'éloigner le plus possible son bord tranchant des parties les plus sensibles de la vulve, lesquelles sont surtout situées à la partie antérieure. C'est pourquoi, au lieu de présenter l'instrument d'avant en arrière, au moment de son introduc-

(1) Voy. p. 242, *fig.* 29.

tion, il vaut mieux procéder d'une façon inverse. Au lieu de déprimer préalablement le périnée avec les doigts de la main gauche, il faut placer, au contraire, cette main en avant de la vulve, écarter légèrement les grandes lèvres, puis appuyer fortement sur le périnée avec la paroi postérieure du spéculum, présenté d'arrière en avant. On appuie ainsi jusqu'à ce que, par le refoulement du périnée, toute l'épaisseur du cylindre se soit enfoncée sous la vulve, pénétrant ainsi dans le vagin ; alors on détermine un mouvement de bascule, en ramenant l'extrémité externe de l'instrument d'arrière en avant, mais en déprimant toujours le périnée, ce qui permet d'entrer dans le vagin sans toucher les nymphes, les caroncules, ni le tubercule antérieur.

Si, au lieu du spéculum plein, vous vous servez du spéculum bivalve, la manœuvre sera un peu différente : d'abord l'embout n'est pas nécessaire et, comme il ne peut que gêner vos mouvements, il vaut mieux ne pas vous en embarrasser. Vous prenez l'instrument comme une plume à écrire, entre le pouce et les trois premiers doigts de la main droite, les deux valves étant aussi fortement que possible rapprochées l'une de l'autre et le manche étant dirigé en arrière. Puis, après avoir ouvert la vulve en plaçant les doigts de la main gauche comme pour l'application du spéculum plein, vous présentez le bec de l'instrument à la partie postérieure de la vulve, qui est moins sensible, et en exerçant à ce niveau une légère pression pour le faire pénétrer. Un léger mouvement de bascule vers la partie antérieure, lorsque la vulve est franchie, vous ramène dans l'axe du vagin. Il faut avoir soin, en même temps que l'on

exécute ce mouvement de bascule, de faire opérer au manche du spéculum un autre mouvement rotatoire, d'un quart de cercle de droite à gauche, de manière à ce que le manche de l'instrument se trouve correspondre au pli génito-crural droit de la malade et que les valves soient appliquées l'une contre la paroi antérieure ou supérieure du vagin, l'autre contre la paroi postérieure ou inférieure. Il est indispensable qu'il en soit ainsi, parce que les parois latérales, moins flasques, ne s'insinuent pas aussi facilement entre les valves de l'instrument que le feraient les parois antérieure et postérieure, si l'écartement avait lieu latéralement. Dans cette manœuvre, le manche de l'instrument se trouve placé à gauche de l'opérateur, ce qui est infiniment plus commode pour lui et lui laisse une plus grande liberté des mouvements de sa main droite, soit que, pendant les opérations ou les pansements qu'il veut pratiquer, il maintienne lui-même son instrument en place, soit qu'il le confie à des aides.

Dès que le spéculum est entré dans le vagin, — lorsque son extrémité a pénétré au delà des caroncules myrtiformes et du tubercule antérieur du vagin, — on peut, sans inconvénient, l'entr'ouvrir légèrement, et alors on aperçoit, au-devant de son extrémité, une rosace, moins bien dessinée que celle qui se présente au-devant du spéculum plein, mais qui est, comme elle, formé par le déplissement du vagin. Pour arriver sûrement et avec certitude jusque sur le col, il faut suivre cette rosace, comme nous l'avons fait avec le spéculum plein, et n'écarter largement les valves du spéculum qu'à dater du moment où on voit un corps lisse et poli se présenter à la place de la ligne noire

qui en forme le centre. Le corps qui apparaît ainsi est le museau de tanche, qui s'engage de lui-même entre les valves du spéculum, au moment où on les écarte.

Il y a loin, comme vous voyez, Messieurs, de ces simples manœuvres et de celles qu'il me reste à vous indiquer, à cette sorte de pêche à laquelle Lisfranc se livrait pour essayer d'accrocher le col, quand il ne savait trop comment le découvrir. Il est bien rare, même quand il y a des déviations très-prononcées, qu'il nous faille introduire une sonde dans l'orifice du col pour le ramener au centre du spéculum; cependant cette manœuvre peut être justifiée dans certains cas.

Parfois, chez les femmes qui ont eu des enfants, la muqueuse vaginale forme, en arrière du col, un bourrelet qui recouvre la lèvre postérieure : on remédie à cet inconvénient en retirant un peu le spéculum, puis en exerçant une légère pression sur la paroi vaginale postérieure jusqu'au-dessous du col.

Quand on se sert du spéculum de Ricord, on voit quelquefois les parois latérales du vagin, trop flasques, s'introduire entre les valves de l'instrument; il est facile de les repousser en dehors avec une pince ; si elles devenaient trop gênantes, il faudrait se servir du spéculum à quatre valves. Avec le spéculum de Cusco, cet inconvénient n'existe pas et de plus, à cause de l'écartement considérable qui peut être donné aux extrémités des valves, on n'a pas besoin de s'inquiéter des précautions à prendre pour arriver sur le col, car on le découvre presque à coup sûr ; mais alors on n'est pas renseigné sur la situation qu'il affecte au fond du

vagin, comme on peut l'être quand on emploie soit le spéculum de Ricord, soit même le spéculum de Bouveret.

Le spéculum de Cusco est celui dont je me sers de préférence pour explorer l'utérus chez les vierges, car — en lui donnant, comme de juste, des dimensions appropriées à cette destination spéciale — c'est celui qui, avec un plus petit orifice au niveau de l'anneau vulvaire, permet d'obtenir la plus grande extension possible du fond du vagin, sans qu'il soit exercé de tiraillements sur la vulve. Les précautions à prendre pour son introduction, sont celles que j'ai indiquées à propos du toucher vaginal ; les cuisses doivent ne pas être fortement écartées, il est même utile qu'elles soient un peu rapprochées, pour que la membrane hymen ne soit pas tendue et puisse se rabattre sur la paroi postérieure du vagin. Sauf les ménagements commandés par la fragilité de cette membrane, le manuel opératoire ne diffère en rien de celui qu'il faut employer dans les cas ordinaires.

Les méthodes que je viens de vous décrire, pour l'exploration de la partie cervicale de l'utérus, sont essentiellement françaises ; celle dont il me reste à vous entretenir peut être désignée sous le nom de *méthode américaine :* l'exploration est faite dans ce cas avec un instrument spécial, le spéculum de M. Sims que je vous ai déjà montré (1). La position de la femme est également différente de celle que nous avons l'habitude de donner aux malades soumises à notre examen. La patiente doit être agenouillée, les jambes écartées et

(1) Voy. p. 254, *fig.* 46.

la poitrine appuyée sur le même plan que les genoux, ou — ce qui est moins fatigant pour elle, et par conséquent préférable à tous égards — couchée sur le côté gauche, les cuisses pliées à peu près à angle droit avec le bassin, la droite un peu plus remontée que la gauche. Le bras gauche est rejeté en arrière du dos, la poitrine inclinée en avant, et le sternum mis presque en contact avec le lit ; la colonne vertébrale doit être étendue et la tête reposer sur l'os pariétal gauche. Il ne faut pas que la tête soit fléchie du côté du sternum, ni que l'épaule droite soit élevée. La femme étant ainsi placée, un aide relève la fesse du côté droit, alors l'explorateur introduit le spéculum. Il guide la valve sur l'index de sa main droite, en ayant bien soin que l'extrémité de ce doigt dépasse l'extrémité de la valve, afin d'empêcher celle-ci de heurter le col utérin ; le coude de l'instrument repose sur la concavité qui résulte de l'écartement du pouce et de l'index. On ne retire le doigt que lorsqu'on est sûr que le spéculum a passé au delà du col et qu'il est bien tourné en arrière vers le rectum. D'après M. Marion Sims, — qui emploie ce spéculum, non-seulement pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, mais aussi pour toutes les affections de l'utérus, — si la patiente respire librement, le vagin se distendra immédiatement sous l'influence de la pression atmosphérique et laissera voir le col de l'utérus, le cul-de-sac postérieur et la totalité de la paroi antérieure du vagin, sans qu'il en résulte ni traction, ni pression, ni souffrance.

Le spéculum de Bozeman, qui tient à la fois, par sa configuration ainsi que par la manière dont il convient de l'employer, et du spéculum univalve dont je viens

de vous parler en dernier lieu, et des spéculums à valves, dont nous nous étions occupés antérieurement, peut être appliqué aussi bien quand la malade est couchée sur le dos, que quand elle est dans la position que les Américains appellent rectangulaire, c'est-à-dire dans l'attitude indiquée par Sims. On introduit d'abord le spéculum fermé, et n'ayant que ses deux valves latérales. On a soin de l'enfoncer aussi profondément que possible avant de l'ouvrir ; puis on sépare doucement les valves, en faisant tourner la vis jusqu'à ce que le périnée soit légèrement tendu. Les deux valves latérales ayant été ainsi écartées autant que possible, on introduit et on ajuste la troisième valve, ou le dépresseur, qui s'applique contre la paroi vaginale postérieure (1). Cette valve doit glisser sur les branches saillantes du spéculum, à tous les degrés de dilatation. Il est nécessaire qu'elle soit bien huilée ; on l'enfonce en déprimant la paroi vaginale postérieure, jusqu'à ce que le sommet du triangle, situé à la base de cette valve, puisse chevaucher par-dessus les angles saillants qui limitent en arrière les deux branches du spéculum.

Le spéculum étant ainsi introduit et entr'ouvert, M. Bozeman se sert de trois instruments accessoires pour faciliter ses explorations. Le premier est une spatule (*fig.* 62) qu'il applique contre la paroi vaginale antérieure qui pourrait faire hernie entre les branches du spéculum, de manière à cacher le col ; le deuxième est une sorte de spatule ou crochet (*fig.* 63), munie à son extrémité d'une espèce de petit ténaculum, qui,

(1) Voy. la *fig.* 51, p. 257.

tout en pouvant déprimer la paroi vaginale antérieure, comme la précédente, permet de saisir le col pour le ramener dans l'axe du spéculum, si, par suite d'une direction vicieuse, il ne s'y présente pas normalement ; le troisième est une pince recourbée (*fig.* 64), dépourvue de mors, et sur les tiges de laquelle on enroule le coton qui doit servir à déterger la cavité du col



Fig. 62. — Spatule de M. Bozeman, pour écarter les parois vaginales.



Fig. 63. — Spatule-crochet de M. Bozeman pour ramener le col dans l'axe du spéculum en refoulant la paroi vaginale.



Fig. 64. — Pince à pansement de M. Bozeman, pour absterger le col de l'utérus.

utérin, lorsque cette dernière a été préalablement dilatée à l'aide de l'éponge préparée, ou de la laminaria digitata.

Je me suis quelquefois servi, avec avantage, de ce spéculum de M. Bozeman, et j'avoue qu'il est fort utile lorsqu'on n'a pas d'aide à sa disposition, pour faire un pansement simple ou pratiquer une cautérisation dans le fond du vagin ; mais je n'oserais, comme le fait son inventeur, entreprendre, sans autre secours, une opération un peu compliquée. J'ai voulu, une fois, me hasarder à m'en servir pour enlever, sans l'assistance d'aucun aide, un polype folliculaire du col, et j'ai éprouvé un moment d'embarras assez grand pour n'être plus tenté de recommencer.

Par contre, j'ai trouvé occasion de l'utiliser avec succès dans des conditions que M. Bozeman a négligé de signaler, et dans lesquelles il m'a rendu de grands services; c'est pour opérer la dilatation de la vulve, dans les cas de contracture du sphincter, qui constituent l'affection décrite sous le nom de *vaginisme*. Le volume très-petit de l'instrument, quand il est complétement fermé et la grande force avec laquelle le mouvement de la vis permet d'écarter insensiblement, sans secousses, les deux valves l'une de l'autre, m'ont suggéré l'idée de l'employer comme dilatatoire, et, dans plusieurs cas, ce moyen m'a parfaitement réussi. C'est à ce titre, bien plus encore qu'à tous les autres, que je me permets de le recommander à votre attention.

Quel que soit le spéculum adopté, quelle que soit la méthode employée pour l'exploration du col utérin, on constate à l'état sain que celui-ci se présente, avec des caractères différents, suivant qu'on l'examine chez la vierge, chez la femme déflorée, mais n'ayant pas conçu, chez la femme qui a eu des enfants, enfin chez

celle qui a passé l'âge de la ménopause. Chez la même femme, l'aspect du col diffère aux époques menstruelles et dans leur intervalle; enfin, l'état de grossesse lui imprime des modifications importantes.

Pour bien apprécier la valeur des changements de dimension que présente le col dans les différents états morbides, il est essentiel de connaître ses dimensions à l'état normal, et je dois vous donner ici ses mesures physiologiques que j'ai omis à dessein de vous indiquer, quand je vous ai parlé de l'anatomie, car c'est sur le vivant qu'elles doivent être recueillies pour servir de terme efficace de comparaison. Ces mesures se prennent au moyen d'une pince à pansement (*fig.* 65)



Fig. 65. — Pinces à pansement (*).

à branches assez longues pour pouvoir manœuvrer au fond du spéculum, et qui sont munies, du côté des anneaux, d'un arc gradué indiquant, par millimètres, le degré d'écartement des mors qui embrassent le col. Quant à la longueur, la moindre tige suffit pour l'apprécier; mais il vaut mieux deux tiges graduées glissant l'une sur l'autre à la façon d'un vernier. A cet outillage, qui est toujours à peu près indispensable, il convient d'ajouter, quand on passe une femme au spé-

(*) A, mors. — B, articulation. — C, entre-croisement des branches ; point où doit être adapté l'arc gradué.

culum, des pinceaux et des bourdonnets de charpie, de coton ou d'éponge, pour nettoyer le fond du vagin, et débarrasser la surface du col des liquides qui peuvent le recouvrir à l'état pathologique, liquides nuls à l'état normal, si ce n'est pendant la menstruation.

D'après Marc d'Espine, le col de l'utérus, examiné chez une femme qui n'a pas eu d'enfants, se présente sous la forme d'un petit manchon, ayant plus de saillie que d'étendue à la base, situé au fond du vagin et toujours en avant de l'axe de ce conduit. Son orifice est rond ou triangulaire et ne présente que très-exceptionnellement la forme d'une fente linéaire.



Fig. 66. — Col de l'utérus chez la fille vierge.



Fig. 67. — Col de l'utérus chez la femme qui a eu des enfants.

Le col d'une fille vierge (*fig.* 66) est petit, conique, d'un rose vif, son orifice est tout à fait circulaire et se présente sous forme d'une dépression, à peine appréciable en dehors des règles. Il fait dans le vagin une saillie de 5 à 8 millimètres, plus marquée en arrière qu'en avant. Son diamètre transversal atteint à peine un centimètre; et, d'avant en arrière, il mesure de 7 à 8 millimètres environ.

Chez les femmes déflorées, mais qui n'ont pas eu d'enfants, la forme est un peu différente ; le col est moins conique, sa lèvre postérieure surtout est

un peu aplatie. Si la saillie du museau de tanche dans le vagin n'est pas sensiblement augmentée, car elle oscille toujours entre 8 à 10 millimètres, ses diamètres sont un peu plus considérables, le transversal atteignant jusqu'à un centimètre et demi (15 millimètres), et l'antéro-postérieur allant à 10 millimètres, au lieu de 8, qu'il avait chez la vierge.

Ces différences sont, comme vous le voyez, bien peu considérables, et j'avais raison de vous dire, comme je l'ai fait en parlant du toucher, que rien ne justifie d'une façon irréfragable la distinction trop facilement admise entre le col utérin de la vierge et celui de la fille déflorée. J'attache pour mon compte d'autant moins d'importance à ces différences, que les dimensions moyennes établies d'après les tableaux statistiques d'un même auteur ne concordent pas toujours.

De l'utérus de la vierge, et même de celui de la fille déflorée, à celui de la femme qui a eu des enfants, les différences sont beaucoup plus appréciables et par conséquent plus importantes à noter : la couleur de ce dernier est d'un rose plus pâle, quelquefois un peu blanchâtre ; sa forme n'est plus conique, mais bien cylindrique ; il offre, d'après Marc d'Espine, la forme d'une tartelette, et son orifice, au lieu d'être circulaire, se présente sous l'aspect d'une fente transversale et sinueuse, ayant de 10 à 14 millimètres de longueur (*fig.* 66). Les deux lèvres sont épaisses, inégales et présentent des échancrures, traces des déchirures qu'elles ont subies au moment de l'accouchement, et qui sont surtout visibles au niveau des commissures. Ces deux lèvres restent assez habituellement rapprochées l'une de l'autre, lorsqu'on examine le col avec

le spéculum plein, ou avec le spéculum univalve; mais, lorsqu'on se sert du spéculum bivalve, elles s'écartent à ce point, que l'on peut découvrir une partie de la cavité du col, dont la rougeur est généralement plus foncée que celle du museau de tanche. En cas pareil il faut éviter de prendre pour un état pathologique ce qui est une coloration normale. Mais je me hâte de vous dire que si le col est assez entr'ouvert pour permettre de regarder jusque dans sa cavité, c'est qu'il y a déjà un état morbide, et plus particulièrement une phlegmasie chronique, s'accompagnant d'ulcération, qui envahit à la fois et la surface externe et la cavité du col utérin.

La saillie que fait le museau de tanche dans le vagin est de 28 millimètres, son épaisseur transversale de 20 à 24 millimètres, et son diamètre antéro-postérieur de 30 millimètres.

L'examen seul du museau de tanche ne permet pas de reconnaître le nombre des accouchements antérieurs, quoique, d'une façon générale, le col soit d'autant plus gros et l'orifice d'autant plus dilaté et dilacéré que le nombre des enfants a été plus considérable. Il y a, du reste, une sorte d'intermédiaire entre le col d'une femme nullipare et celui de la femme qui a eu des enfants, c'est celui de la femme dont les grossesses n'ont pas été conduites à terme et se sont toutes terminées par des avortements. Dans ces cas, si les avortements ont eu lieu avant le quatrième ou le cinquième mois de la gestation, le col, examiné longtemps après, paraît avoir subi une légère augmentation de volume, sans pourtant avoir notablement changé de forme ; son orifice, sans être circulaire ni même triangulaire,

affecte la forme d'une fente linéaire, mais moins sinueuse et moins longue que chez la femme qui a eu des accouchements à terme.

Chez les vieilles femmes, le col prend une coloration grisâtre, il diminue de volume et surtout il s'efface; sa saillie dans le vagin va diminuant de plus en plus, ses parois s'atrophient, même chez les femmes qui ont été mères, au point de ne plus avoir au delà de 5 à 8 millimètres d'épaisseur.

Chez les femmes qui sont encore réglées, la coloration du col est plus foncée à l'époque ou au voisinage de la menstruation, et ses dimensions acquièrent alors leur maximum. Chez celles qui sont enceintes, il prend une coloration violette, livide, tellement caractéristique qu'elle m'a souvent suffi pour me faire reconnaître des grossesses ne remontant pas à plus de quelques semaines et dont j'ai pu voir ensuite l'évolution se faire régulièrement.

A l'état normal, il ne suinte aucune sécrétion par l'orifice du col. Aran dit être resté plusieurs fois en observation pendant dix ou quinze minutes, sans voir sourdre la moindre gouttelette de liquide.

Pendant les règles, au contraire, on voit le sang sortir par l'orifice externe du col et s'écouler d'une façon continue, en bavant.

L'usage du spéculum est si généralement accepté aujourd'hui, Messieurs, qu'il devient parfaitement superflu d'entrer, devant vous, dans de longues discussions pour établir que son emploi est utile et exempt d'inconvénients ou de dangers. Peut-être serait-il plus opportun de vous engager à ne pas l'employer sans né-

cessité, car on ne doit pas se dissimuler que dans le temps où nous vivons, on est assez facilement entraîné à en faire abus ; mais vous éviterez cet entraînement si vous voulez bien vous rappeler les recommandations que je vous ai faites dans la précédente Leçon et les prendre pour règle de votre conduite. Il ne me reste donc plus qu'une chose à vous dire, c'est que, dans certaines affections, l'introduction du spéculum peut être extrêmement douloureuse et que, dans d'autres, elle peut même devenir dangereuse. Je vous indiquerai à propos de chacune de ces maladies à quels signes vous reconnaîtrez que l'emploi de spéculum est formellement contre-indiqué ; mais je puis vous prévenir dès à présent que si dans la vaginite, par exemple, où son introduction est extrêmement douloureuse, on doit surmonter cette douleur parce que les nécessités du traitement le commandent, il faut, au contraire, s'abstenir d'une façon absolue, dans certaines formes de phlégmasie péri-utérine, ou même de métrite aiguë, et dans certains cas de cancer ayant envahi la paroi vaginale.

VII

EXPLORATION DIRECTE DES ORGANES GÉNITAUX.

(SUITE.)

EXAMEN DE LA CAVITÉ UTÉRINE ET CATHÉTÉRISME

On peut voir la partie inférieure de la cavité cervicale en écartant les lèvres du col avec le spéculum bivalve de Ricord. — Les spéculums, dits intra-utérins, ne permettent pas d'aller au delà de la cavité du col. — Le cathétérisme utérin. — Son ancienneté. — Les instruments employés pour le pratiquer. — Manuel opératoire. — Précaution à prendre lorsqu'on veut changer la direction de l'instrument déjà introduit dans la cavité cervico-utérine. — Mesures des cavités utérines à l'état normal. — Contre-indications du cathétérisme utérin. — Dangers qui peuvent en résulter. — Moyen de les éviter. — Il faut bien se garder d'attribuer au cathétérisme tous les accidents qui peuvent survenir consécutivement à son emploi. — Dilatation du col de l'utérus comme moyen d'exploration. — Endoscopie utérine.

IV. Exploration de la cavité utérine.

MESSIEURS,

Le spéculum ne permet d'apercevoir que l'extrémité inférieure de l'organe utérin, celle qui est saillante dans la cavité vaginale et à laquelle on a donné le nom de *museau de tanche*. Mais avec lui les investiga-

tions ne peuvent pas aller au delà; aussi ne tarda-t-on pas à reconnaître la nécessité et à chercher les moyens d'explorer des régions plus profondément situées.

A. *Spéculum intra-utérin.* — On tenta d'abord de faire pénétrer la lumière jusque dans le conduit cervico-utérin par des moyens analogues à ceux qui avaient permis de la faire pénétrer jusque dans le conduit vaginal, et, pour cela, on eut recours à des dilatateurs tout à fait semblables, pour la forme, aux spéculums vaginaux, n'en différant que par le volume, approprié au calibre moindre de la cavité qu'il s'agissait d'explorer.

La première idée vint probablement de la facilité que donne le spéculum de Ricord, d'écarter l'une de l'autre les lèvres de l'orifice externe du museau de tanche, en introduisant soit une seule des valves de l'instrument, soit quelquefois les deux dans cet orifice, lorsqu'il est large et béant, comme cela se rencontre dans certaines circonstances pathologiques.

Dans ces conditions, l'écartement est quelquefois tel, que le regard peut pénétrer à peu près jusqu'au milieu du canal cervical de l'utérus. Mais ce n'était pas encore assez, et Jobert imagina d'introduire un petit spéculum plein, d'environ un centimètre de diamètre, dans le col, mis d'abord à découvert au moyen d'un spéculum à valves ordinaires. Ce petit spéculum (*fig.* 68), dont l'embout et le cylindre étaient portés sur de longs manches qui aidaient à les manœuvrer au fond du vagin, se composait de deux parties glissant l'une sur l'autre, de façon à permettre d'enlever,

à un moment donné, une portion longitudinale de la

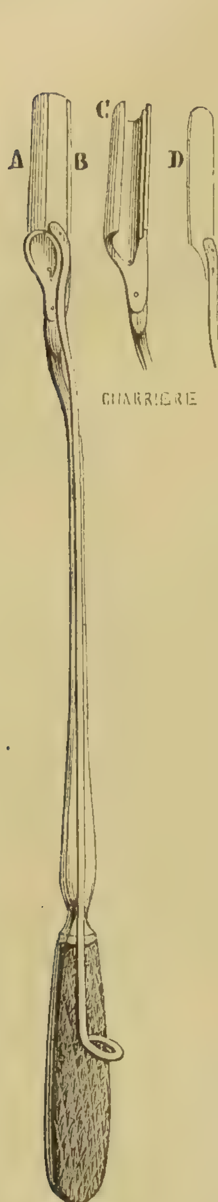


Fig. 68. — Spéculum intra-utérin de Jobert (*).

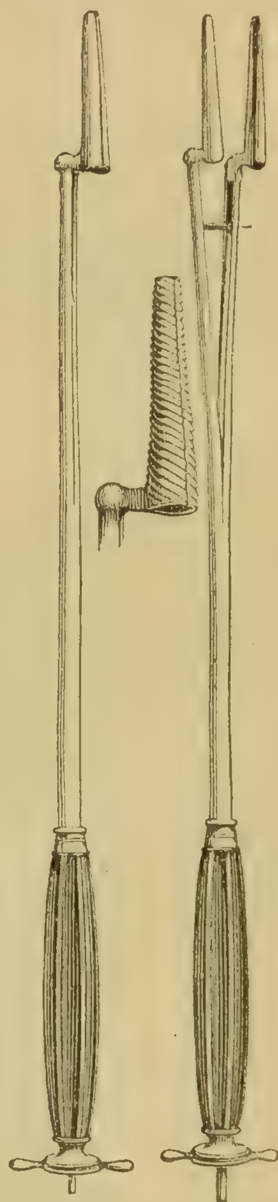


Fig. 69. — Spéculum intra-ûtérin, modifié par Mathieu.

(*) A, B, le spéculum préparé pour l'introduction. — C, gouttière formée par l'enlèvement d'une portion mobile de la paroi D.

paroi cylindrique, pour explorer la face interne de la cavité cervico-utérine.



Fig. 70.— Dilatateur de M. Busch, modifié par M. Huguier.

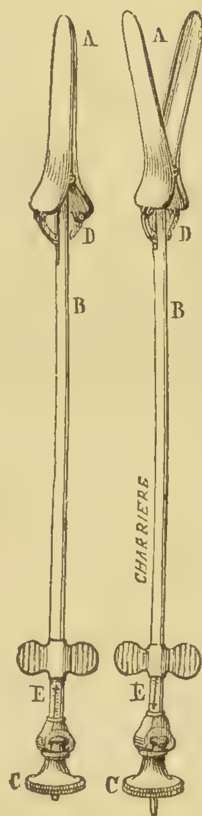


Fig. 71. — Dilatateur de Lemenant-Deschenais ouvert et fermé (*).



Fig. 72. — Spéculum intra-utérin gradué à vis, de M. Brissez (de Lille).

Les essais qui furent faits de ce petit instrument ne

(*) AA, valves du spéculum. — B, manche creux renfermant une tige articulée avec les charnières DD qui sont articulées elles-mêmes avec le bord postérieur des valves. — C, écrou faisant abaisser la tige centrale et ouvrir les valves. — EE, pattes pour maintenir l'instrument.

lui furent pas favorables. Et quoique je l'aie vu, bien des fois, employer par Jobert lui-même, je doute fort qu'il permette de recueillir de bien précieux renseignements, car il ne pénètre jamais au delà de l'orifice interne du col. J'en dirai autant des autres instruments qui ont été construits pour remplir le même but, par M. Mathieu (*fig.* 69), par le professeur Busch (*fig.* 70), par M. Lemenant-Deschenais (*fig.* 71), par M. Brissez de Lille (*fig.* 72). Tous ces instruments ont un défaut énorme : c'est qu'il n'est pas possible de leur donner une ouverture assez grande pour permettre à la lumière de pénétrer facilement jusque sur les parties qu'il s'agit d'examiner, ou d'en éclairer une étendue suffisante. Tout au plus pourrait-on les utiliser en les combinant avec l'endoscope de M. Desormeaux, mais même encore n'est-il possible de bien éclairer la cavité utérine, que si on a préalablement dilaté ses orifices à l'aide des moyens dont je vous parlerai dans un instant.

B. *Cathétérisme utérin.* — Reconnaissant donc, sinon l'impossibilité absolue, du moins l'extrême difficulté de pénétrer, avec la vue, jusque dans la cavité utérine, on songea à explorer cette cavité à l'aide de procédés analogues à ceux que l'on emploie pour la vessie ; et au spéculum on substitua, avec avantage, le cathétérisme.

L'idée de pénétrer dans la cavité de l'utérus avec une sonde, ne peut pas, plus que celle de découvrir le col avec le spéculum, être attribuée aux médecins de notre siècle. Elle remonte à la plus haute antiquité, car nous trouvons des indications relatives au

cathétérisme utérin jusque dans les œuvres hippocratiques, où il n'est nullement question du spéculum (1). A des époques plus rapprochées de nous, un grand nombre de médecins, parmi lesquels il faut ci-

(1) *Eau dans la matrice, avortement; inflammation utérine. Traitement.* — Après un intervalle tel que vous le jugerez convenable, ayant administré une fumigation, vous appliquerez un pessaire... Mais vous laisserez ce pessaire moins longtemps et vous l'appliquerez à des intervalles plus éloignés attendu qu'il mord davantage et cause des exulcérations. Vous aurez une sonde d'étain que vous introduirez et le doigt semblablement. — (Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. de Littré. Tome VII, p. 379 (*De la nature de la femme*).

[Ce passage se trouve aussi dans le tome VIII, p. 121 (*Maladies des femmes*), à l'article *Hydropisie de la matrice, avec grossesse; traitement.*]

Traitement des cas où, par la faute de l'orifice utérin, le sperme n'est pas retenu. — Quant à celui où, après le coït, la semence de l'homme sort incontinent, la cause en est dans l'orifice utérin. On traitera ainsi : Si l'orifice est très-fermé, on l'ouvrira avec les bâtonnets de pin et avec les plombs ; fumigations, etc. Tome VIII, liv. 1, p. 51 (*Des maladies des femmes*).

Obliquité latérale devenue chronique, emploi des bâtonnets. — Après les fumigations, on essaye de mettre les pessaires faits avec les bâtonnets de pin le plus gras; on les enduit avec de l'huile. Ils sont longs de six doigts ; au nombre de cinq ou six de forme conique et un peu plus gros les uns que les autres ; le plus gros est comme le doigt indicateur, de même forme que ce doigt ; plus mince par le bout, grossissant en allant vers l'autre extrémité. Ces bâtonnets seront aussi lisses et aussi ronds que possible, sans aucune écharde. On place d'abord le côté le plus mince. Quand il est en place, la femme se tient tranquille, prenant garde qu'il ne tombe. On n'enfonce d'abord que le bout, puis on l'engage de plus en plus, le faisant tourner et le poussant en même temps. Quand le petit bout est reçu, on s'arrête à ce petit bout, et la femme prend garde que le bâtonnet ne tombe ; puis on enfonce de la même façon jusqu'à ce qu'il soit entré de quatre doigts à l'intérieur de l'orifice utérin. Quand ce premier bâtonnet est ainsi reçu, on l'ôte pour substituer celui qui suit en grosseur, de manière que celui-ci soit en place avant l'affaissement de l'orifice, et quand cet orifice est encore droit et ouvert : or, on réussira si on enlève l'un et met l'autre. Il faut avoir une tige de plomb semblable, pour la forme, au bâtonnet le plus gros, mais creusée à l'intérieur pour pouvoir contenir quelque chose. La capacité en sera celle de la sonde pour les plaies. Afin que

ter Widman, Morgagni, Verduc, Levret, Chambon, Desormeaux, avaient introduit un cathéter dans la cavité utérine; mais cette pratique, un instant négligée pendant la période d'engouement pour le spé-

l'orifice de cette tente soit libre et ne blesse pas, on la dispose comme le bout des bâtonnets. Quand la tente en plomb est prête, on l'emplit de graisse de mouton broyée. Cela fait, on ôte le bâtonnet et on met en place le plomb. Si, mis en place, il cause de la chaleur, on le retire et on remet le bâtonnet: on trempe le plomb dans l'eau froide et on le remet après avoir ôté le bâtonnet. Il faut toujours qu'il y ait quelque chose en place; pendant le jour, le bâtonnet vaut mieux; le plomb pendant la nuit. Tome VIII, liv. II, p. 291 (*Maladies des femmes*).

Traitements pour rendre féconde une femme qui ne conçoit pas : on y remarquera celui qui consiste à redresser le col dévié. — Après une fumigation; quand la malade vient de prendre un bain et une fumigation, ouvrir l'orifice utérin et le redresser en même temps, s'il en est besoin, avec une sonde d'étain ou de plomb, d'abord petite, puis plus grosse, si elle est reçue, jusqu'à ce que les choses paraissent en bon état; tremper la sonde dans quelque préparation émolliente qui sera jugée convenable et qu'on rendra liquide en délayant. Les sondes seront creuses en arrière, on les emmanchera dans des bâtonnets longs, et on s'en servira ainsi. Tome VIII, liv. III, p. 421 (*Maladies des femmes*).

Empêchement à la conception parce que la matrice a des callosités. Traitement — Quand la matrice rejette la semence de l'homme le 3[e] jour, de toute nécessité la femme chez qui cela arrive a la matrice pleine de callosités, et la semence de l'homme, n'y pouvant rester, en ressort; c'est pourquoi la conception est impossible tant que la callosité subsiste. Voici le moyen de les enlever.

..... La femme est couchée sur le dos; elle a un oreiller sous le milieu des lombes, les jambes étendues et écartées l'une de l'autre; alors on introduit la sonde et on la tourne en haut et en bas, jusqu'à ce que la callosité fasse saillie. Tome VIII, liv. III, p. 459 (*Des femmes stériles*).

Suppuration dans l'intérieur de la matrice. — Introduction d'une sonde. — Quand la matrice suppure après un accouchement ou un avortement, ou de toute autre façon, le pus n'étant pas dans une poche spéciale ou une tunique, comme cela est dans un abcès, il convient d'enfoncer dans l'orifice utérin une sonde introductrice : car les injections seront moins nécessaires si le pus s'écoule à l'aide d'une sonde. Tome VIII, p. 492 (*De la superfétation*).

On arrange une part de ce médicament autour d'une sonde, ayant soin que la grosseur soit telle que l'orifice utérin l'admette;

culum, qui marqua le commencement du dix-neuvième siècle, ne reprit même pas faveur après les intelligentes tentatives de Samuel Lair, qui, en 1828, pratiqua le cathétérisme utérin, avec l'idée de le faire servir au diagnostic des maladies de la matrice.

C'est seulement dans ces derniers temps que Simpson et Huguier firent entrer dans le domaine de la pratique cet utile procédé d'exploration clinique.

Tandis que leurs prédécesseurs avaient exploré la cavité utérine avec des instruments appartenant à l'arsenal ordinaire de la chirurgie, tels que les algalies de femmes ou même de simples stylets, Simpson et Huguier firent construire, pour cet usage, des instruments spéciaux, qui diffèrent un peu par leur forme, en raison de l'usage auquel ils furent primitivement affectés par leurs inventeurs.



Fig. 73. — Sonde intra-utérine de Simpson.

Simpson, qui avait d'abord cathétérisé des utérus

on la porte à l'orifice utérin, et l'on pousse de manière qu'elle pénètre dans l'intérieur de la matrice. Quand le médicament est fondu, on retire la sonde. Tome VIII, p. 493 (*De la superfétation*).

Ces passages ne sont pas les seuls dans lesquels les auteurs hippocratiques parlent du cathéterisme utérin, mais ils suffisent à démontrer combien étaient fréquentes les circonstances dans lesquelles les médecins grecs y avaient recours.

rétrofléchis ou rétroversés, et qui s'inquiétait surtout de les redresser, avait donné à son instrument (*fig.* 73) une grande courbure qui en rend en effet le maniement plus facile, quand il existe l'une ou l'autre de ces deux déviations.

Huguier, destinant son cathéter au diagnostic et au traitement de toutes les affections utérines qui peuvent en comporter l'emploi, lui a donné une courbure beaucoup moins prononcée, en rapport avec la direction que l'utérus affecte à l'état normal.

Dans le principe, cet instrument était muni d'un curseur qu'on faisait mouvoir à l'aide d'une tige (*fig.* 74) dont l'extrémité sortait du manche, et qui permettait de constater de combien la sonde avait pénétré dans la cavité utérine.

Valleix l'a fait perfectionner en laissant le curseur libre, de façon à ce qu'il pût être repoussé le long de la tige avec le doigt (*fig.* 75). Mais cette addition n'est pas utile; le doigt, fixé sur le point d'intersection de la sonde et de l'orifice externe du col, et maintenu dans cette position quand on retire la sonde, suffit pour mesurer la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré.



Fig, 74. — Hystéromètre de Huguier (*).

(*) A, extrémité du manche perforé pour laisser passer la tige CB, qui supporte le curseur B.

La sonde de Simpson présente une série de saillies et de dépressions alternatives, destinées à éclairer, à chaque instant, l'explorateur sur la longueur de la portion de l'instrument, introduite dans la cavité utérine. Ce renseignement, qui était donné à Huguier par la saillie de la tige de son curseur, quand elle s'éloignait au delà du manche, à mesure que la sonde avançait dans la cavité cervico-utérine, peut être recueilli avec une précision suffisante, sans une aussi grande complication instrumentale. Quand Valleix a supprimé le curseur, il s'est borné à faire pratiquer sur la sonde une encoche à la distance de 6 centimètres un quart, qui est la longueur moyenne de l'utérus à l'état normal. Cette encoche, pouvant être facilement sentie avec le doigt, permet de reconnaître, instantanément, si la sonde a pénétré d'une quantité moindre, égale ou supérieure, dans la cavité utérine, et donne ainsi, dans tous les cas, des renseignements utiles à posséder.



Fig. 75. — Sonde intra-utérine de Valleix (*).

Je n'ajouterai qu'un mot à propos de cette encoche, c'est que, au lieu de la faire exécuter par le fabricant, je préfère, sur les sondes dont je me sers, la pratiquer moi-même, avec un simple coup de lime, parce qu'alors

(*) A, vis de pression fixant la tige pour l'empêcher de rentrer dans le manche B, où elle peut être refoulée quand l'instrument ne sert pas. — C, curseur.

elle garde des arêtes assez vives pour être facilement sentie avec le doigt et accrocher l'ongle, qui glissera sans la sentir, si on a eu la malencontreuse précaution de polir et d'arrondir ces saillies, qui sont notre point de repère.

Je pense, comme Courty, que les curseurs sont inutiles et que le doigt indicateur, porté sur la tige, jusqu'à son point d'affleurement avec le col, peut, s'il reste en place, quand on retire l'instrument, donner la mesure exacte de la profondeur à laquelle celui-ci a pénétré dans l'utérus. Mais je ne puis admettre, pour le même motif, l'inutilité de l'encoche, car elle a pour but, non de mesurer le diamètre vertical de la cavité utérine, mais de servir de point de repère dans le cathétérisme de la matrice : c'est elle qui guide l'opérateur dans l'introduction de la sonde, et lui indique si la résistance qui l'arrête est le fond de l'utérus, ou une tumeur quelconque. Dans le premier cas, le col utérin et l'encoche sont à peu près au même niveau ; il faut s'abstenir d'aller plus loin. Dans le second cas, le col est encore à quelques centimètres de l'encoche ; on peut insister, et pousser plus profondément l'instrument.

Simpson a, sur sa sonde, un autre point de repère important : c'est la coloration du manche, qui diffère sur la portion correspondante à la concavité et sur celle correspondante à la convexité. Cette disposition a, en effet, pour but de diriger l'opérateur dans l'introduction du cathéter, et de lui indiquer constamment de quel côté est tourné le bec de l'hystéromètre. Nous n'avons pas besoin d'avoir cette disposition sur nos sondes françaises, parce qu'elles sont graduées et divisées en centimètres, dont les divisions, se trouvant sur la face con-

cave, nous fournissent les indications nécessaires. Mais si l'on fait usage de sondes non graduées, il faut, de toute nécessité, avoir sur le manche un signe qui permette de reconnaître à chaque instant la position de l'instrument, comme on le fait, d'après la direction des anneaux de la sonde d'homme, dans le cathétérisme de la vessie.

L'hystéromètre ordinaire, celui dont je me sers le plus habituellement, n'est autre chose qu'une tige métallique arrondie, de 15 à 16 centimètres de long, de 2 millimètres de diamètre, recourbée à l'une de ses extrémités, à partir des quatre derniers centimètres, suivant un rayon de 10 centimètres, et affectant, comme je vous l'ai déjà dit, une courbure qui représente aussi exactement que possible la courbure antérieure d'un utérus normal.

Huguier employait, dans certains cas, des sondes utérines d'un diamètre beaucoup plus petit: il faisait même usage de simples stylets extrêmement fins, et son excessive habileté lui faisait éviter les inconvénients que l'introduction de semblables instruments ne manquerait pas d'avoir, entre des mains moins expérimentées que les siennes.

M. Marion Sims a fait faire, comme Valleix l'avait proposé (1), des sondes flexibles en argent, auxquelles il donne, au moment même, la courbure voulue; leur diamètre est plus petit que celui de notre hystéromètre usuel. Je fais usage à l'occasion de tous ces instruments et même de bougies en baleine, en gomme élastique ou en cire. Leur maniement diffère peu de celui de l'hystéromètre que je vais maintenant vous décrire.

(1) Valleix, *Leçons sur les déviations de l'utérus*, p. 34.

Pour le cathétérisme utérin, la femme doit être placée dans la même position que pour l'examen au spéculum. On peut introduire la sonde dans la cavité utérine, soit après avoir préalablement mis le col à découvert au moyen du spéculum, soit, plus simplement, sans le secours d'aucun autre instrument.

Dans le premier cas on ne peut se servir ni du spéculum plein, ni d'aucun de ceux qui forment un cercle complet; une fois la sonde introduite à travers le spéculum on ne peut plus retirer ce dernier instrument, devenu gênant pour les manœuvres qu'il reste à exécuter avec le cathéter. Le spéculum de Ricord, au contraire, ceux qui comme lui ont un espace vide qui sépare les deux valves dans toute leur longueur, sont disposés d'une façon très-favorable pour la pratique du cathétérisme utérin. On peut, en effet, faire passer le manche de la sonde à travers cet espace vide et retirer le spéculum tout en laissant le cathéter en place; c'est pourquoi j'ai vivement critiqué l'habitude qu'avaient prise certains fabricants d'instruments de dénaturer le spéculum de Ricord en lui mettant deux charnières, ce qui en faisait une simple variété du spéculum de Jobert. C'est pourquoi aussi, lorsque mon interne, M. Bouveret, a fait exécuter sous mes yeux, par M. Aubry les diverses modifications qu'il a apportées au spéculum de Cusco, je lui ai surtout recommandé de supprimer une de ces charnières et de laisser sur un des côtés de l'instrument un espace vide qui pût permettre de le retirer, tout en laissant en place les divers instruments employés soit pour saisir et fixer le col utérin, soit pour pénétrer dans sa cavité. Avec les spéculums univalves, cette manœuvre est simple et facile;

elle l'est également avec le spéculum de M. Bozeman, à condition que l'on n'ait pas mis en place la troisième valve supplémentaire (Voyez *fig.* 51).

Si vous vous servez du spéculum pour pratiquer le cathétérisme, vous devez le retirer aussitôt que le bec de la sonde a été introduit dans la cavité du col, et alors qu'elle y a pénétré de 2 ou 3 centimètres seulement. On le maintient en place, en tenant le manche de la main droite, au moment où l'on retire le spéculum de la main gauche.

Dans le second procédé — et c'est celui que je vous engage à employer de préférence, quoiqu'il exige un peu plus d'adresse — vous pratiquez d'abord le toucher avec la main gauche; vous placez le doigt indicateur sur la lèvre postérieure du col, immédiatement en arrière de l'orifice externe, que vous devez sentir sous la pulpe de votre doigt; puis, sur ce doigt vous glissez l'instrument, sa convexité étant en arrière, et par conséquent, le bec en haut, jusqu'à ce qu'il arrive à l'orifice du museau de tanche. S'il s'agit d'une femme qui a eu des enfants, la manœuvre sera généralement plus facile; comme le col est cylindrique et que son orifice est assez large, la sonde, dirigée sur l'indicateur gauche, pénétrera sans le moindre effort dans cet orifice.

Chez la femme qui n'a pas eu d'enfants, une première difficulté peut résulter de l'étroitesse de l'orifice externe du col; il arrive quelquefois qu'il n'a pas un calibre assez grand pour permettre l'introduction de la sonde; et même dans les cas où son étroitesse n'est pas suffisante pour constituer un obstacle insurmontable, comme le col est conique, comme son orifice

est situé à l'extrémité la plus étroite du cône, la sonde glisse sur les parois latérales, et s'enfonce dans les culs-de-sac vaginaux, alors qu'on tente de la faire pénétrer dans cet orifice. En cas pareil, il vaut mieux ne pas se fatiguer en tentatives infructueuses, qui prolongeraient inutilement l'examen, et se décider au plus vite à faire usage du spéculum. On reconnaît alors facilement si l'obstacle résulte de l'étroitesse de l'orifice externe du col; et, si on ne peut y faire pénétrer le bec de la sonde, ou l'on choisit un instrument d'un calibre plus étroit, ou l'on pratique, avec le bistouri, deux petites incisions latérales sur le col, pour élargir l'orifice du museau de tanche. Ces petites incisions, qui ne peuvent avoir le moindre inconvénient, suffisent pour permettre de franchir l'orifice externe du col utérin. Mais il ne faut pas oublier que, à l'état normal, l'orifice interne n'a pas un calibre supérieur à celui de l'orifice externe, qu'il est même plus étroit; aussi l'élargissement de l'orifice externe, par de petites incisions latérales, ne peut-il être utile pour faciliter le cathétérisme que si la coarctation est formée par des brides cicatricielles, et non si elle est due à une conformation congénitale.

Quand le col est dévié, son orifice est plus difficile à atteindre, pour y faire pénétrer le bec de la sonde; mais c'est là une difficulté résultant d'un état pathologique et dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment, puisque nous supposons la parfaite intégrité physiologique des organes que nous examinons.

Dès que le bec de la sonde a pénétré, de 2 ou 3 centimètres, dans le canal cervical, on retire le spéculum, si on s'est servi du secours de cet instru-

ment, et on introduit le doigt indicateur gauche dans le vagin, en le dirigeant au-dessous de la sonde, qui lui sert de guide jusqu'au col. A dater de ce moment, les manœuvres sont absolument les mêmes que si l'on n'avait pas fait usage de spéculum.

La sonde a été introduite étant dirigée d'avant en arrière, le manche est donc porté en avant, vers le pubis, et la concavité de la courbure se trouve également en avant, au moment où le bec vient de s'engager, à travers l'orifice externe, dans la cavité cervico-utérine. Si on continuait à pousser dans cette direction, le bec de l'instrument irait refouler la paroi postérieure du col, ce que l'on sentirait parfaitement sur la pulpe du doigt indicateur gauche, qui a dû se porter le long de cette paroi postérieure, pour surveiller et diriger les mouvements de la sonde. Il faut alors abaisser, entre les cuisses, le manche de la sonde, de façon à relever le bec de l'instrument et à le ramener dans l'axe du détroit supérieur du bassin. Ce simple mouvement, exécuté avec la plus grande douceur, suffit pour dégager le bec de la sonde de la paroi utérine postérieure, contre laquelle il buttait, et le replacer dans l'axe du conduit qu'il doit parcourir; aussi, quand l'utérus affecte sa position normale, voit-on la sonde pénétrer, en quelque sorte d'elle-même, à mesure que l'on abaisse son manche, en le portant d'avant en arrière. Ce mouvement doit, je vous l'ai dit, et je ne saurais trop vous le répéter, être pratiqué avec la plus grande douceur; la sonde doit pénétrer, en quelque sorte, toute seule et vous devez la tenir assez légèrement pour la guider, sans qu'il vous soit possible de forcer un obstacle, si vous en rencontrez.

De la douceur avec laquelle il est procédé, dépend, en effet, toute l'innocuité de ce moyen d'exploration, qui n'est dangereux qu'entre des mains inhabiles.

Des obstacles sérieux peuvent, même dans les conditions les plus normales, s'opposer au cathétérisme et devenir un danger redoutable, pour celui qui songerait à les franchir brutalement et de haute lutte. Il peut arriver, en effet, que le bec de la sonde s'engage sous un des replis de l'arbre de vie, formant valvule; alors, si l'on veut forcer, on déchirera le tissu utérin, on fera une fausse route, on pourra même perforer la matrice et pénétrer jusque dans le péritoine. Vous prévoyez, sans que j'y insiste, toutes les conséquences funestes d'une semblable manœuvre. Ne forcez donc jamais; reculez devant l'obstacle; retirez un peu votre sonde; faites mouvoir son bec dans différents sens, il se dégagera de la valvule sous laquelle il était venu butter, il reprendra la direction du canal cervical et pénétrera plus loin sans encombre.

A défaut d'une simple valvule, l'obstacle peut résulter d'une flexion de l'utérus, et alors, au lieu de continuer à pousser le bec de l'instrument dans la direction normale du canal utérin, il faudra le diriger précisément dans le sens de la flexion. Ce mouvement doit être exécuté avec une certaine précaution, que je veux vous indiquer dès à présent, quoique ce soit une manœuvre commandée pour l'examen d'un état pathologique, et qu'il n'est nullement nécessaire de pratiquer, pour pénétrer dans la cavité utérine, à l'état physiologique et sain.

Lorsque le bec de votre sonde rencontre un obs-

tacle qu'il est impossible de franchir après de légères tentatives faites en retirant un peu l'instrument et dirigeant son bec dans différents sens, si surtout le doigt introduit dans le vagin vous permet de sentir une tumeur, située en arrière du col ou sur ses côtés, vous penserez que l'organe est en état de flexion. Pour pénétrer jusque dans la cavité utérine, ainsi fléchie, il vous faudra, de toute nécessité, diriger dans le sens de cette flexion la courbure de votre instrument, que jusque-là vous aurez maintenue en avant. Mais, pour porter cette courbure, soit sur les côtés, soit en arrière, il ne vous suffit pas de faire opérer un simple mouvement de rotation au manche de l'instrument. Si vous procédiez ainsi, vous feriez décrire, au bec de votre sonde, un arc de cercle considérable (*fig.* 76), et qui, se passant dans une cavité aussi étroite que celle du col ou même du corps de la matrice, dont les parois sont rapprochées au contact l'une de l'autre, y déterminerait des désordres ou tout au moins des froissements pénibles et douloureux. Considérez au contraire le bec de la sonde comme un centre immobile, et faites décrire le mouvement d'arc de

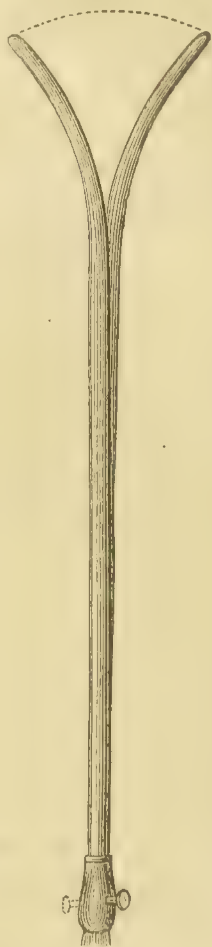


Fig. 76. — Arc de cercle que parcourt le bec de la sonde quand on la retourne simplement pour changer sa direction.

cercle au manche de l'instrument, et alors le bec pourra être porté dans les diverses directions, suivant lesquelles il devra se présenter dans le canal cervico-utérin, pour y pénétrer plus profondément, sans exercer aucune déchirure, aucun froissement

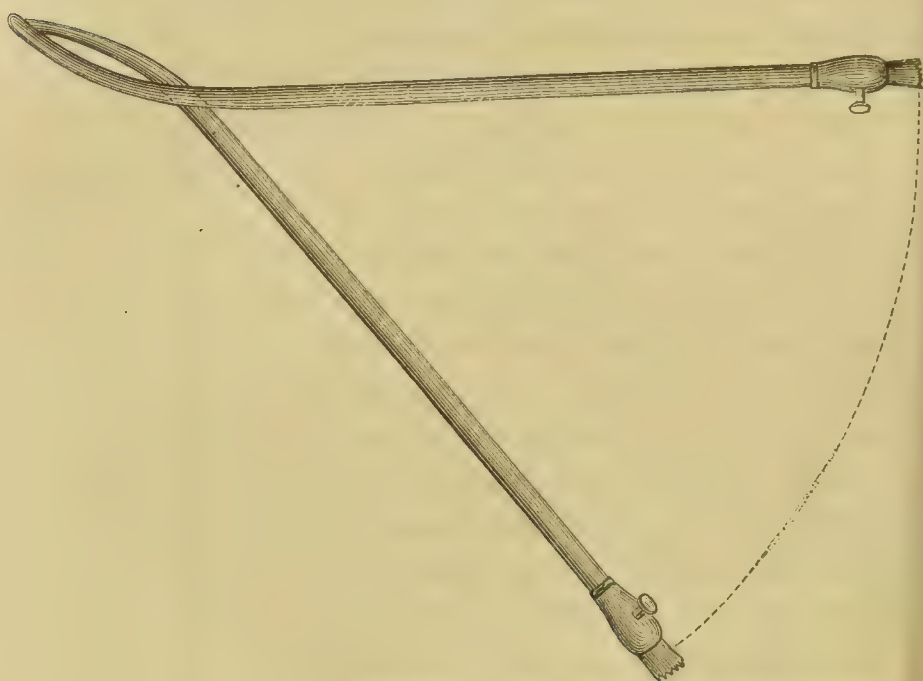


Fig. 77. — Mouvement à imprimer au manche de la sonde utérine pour changer sa direction, en déplaçant le moins possible son extrémité qui est introduite dans l'utérus.

ou tiraillement sur la muqueuse qui tapisse ce conduit. La figure 77 indique comment ce mouvement doit être exécuté, et il importe de procéder ainsi, non-seulement quand il s'agit de changer complétement la direction de la sonde et de porter tout à fait en arrière — comme cela est indispensable quand il y a rétroversion ou rétroflexion — sa concavité, qui, dans l'exploration de l'utérus

normal, doit être maintenue, dirigée en avant ; mais aussi quand on fait ces tâtonnements que je vous ai dit être nécessaires et pour glisser la sonde entre les divers obstacles provenant de valvules formées par l'arbre de vie, qui gênent plus ou moins son introduction, et pour replacer le bec dans l'axe du canal cervical. C'est pourquoi il m'a paru bon de vous signaler dès à présent cette petite manœuvre.

En général, la sonde, une fois introduite dans le col, parcourt assez facilement toute sa cavité pour arriver à l'orifice interne. A cette portion rétrécie du canal, qui le fait communiquer avec la cavité utérine, vous éprouvez, sinon toujours, du moins presque toujours, un temps d'arrêt, à l'état normal. Si vous retirez alors votre sonde en maintenant le doigt au point d'affleurement de l'orifice externe, vous voyez qu'elle avait pénétré de 2 centimètres et demi à peine, s'il s'agit d'une femme qui n'a pas eu d'enfants, de 3 centimètres environ dans le cas contraire ; et ces mesures vous donnent la longueur normale de la cavité du col. Si vous n'avez aucun intérêt à connaître la longueur du col, vous pouvez vous dispenser de retirer la sonde, et, en glissant l'extrémité unguéale de l'indicateur le long de la tige, jusqu'à ce que vous ayez senti l'encoche pratiquée sur cette tige, vous apprécierez, d'après la distance qui sépare cette encoche de l'orifice externe, la longueur dont l'instrument doit encore pénétrer, pour arriver jusqu'au fond de la cavité utérine.

Mais, même quand vous avez acquis la conviction que vous êtes arrêté par le rétrécissement résultant de la coarctation de l'orifice interne, même quand le tou-

cher méthodiquement pratiqué vous a donné la certitude qu'il n'existe ni flexion ni tumeur, gardez-vous d'exercer une violence quelconque pour vaincre la résistance que vous rencontrerez, car un cathétérisme brutal est toujours dangereux. D'après la façon dont s'emboîtent les arbres de vie, leurs saillies seules peuvent constituer l'obstacle que la contraction spasmodique des fibres musculaires utérines peut rendre plus difficile à franchir. C'est ce qui explique — sans qu'il soit nécessaire d'admettre, pour l'orifice interne, la présence d'un sphincter spécial que l'anatomie ne montre pas — comment il se fait que le cathétérisme, très-facile à un moment, soit devenu à peu près impossible le lendemain ou à quelques instants de distance. En général, plus vous vous rapprocherez de l'époque des règles, plus l'opération sera facile, et vous ne devrez pas être surpris s'il vous arrive parfois de ne pouvoir pénétrer au milieu de la période intermenstruelle, dans un utérus, que quelques jours auparavant vous aviez exploré sans la moindre difficulté et que la sonde parcourra tout aussi librement quelques jours plus tard. Dans ces cas il y a tout avantage à ne pas insister, et il faut retirer la sonde, sauf à recommencer une seconde tentative à une autre séance.

D'autres fois, l'obstacle est tout à fait matériel et résulte de la présence de petites tumeurs polypeuses, plus ou moins pédiculées, ayant à peine le volume d'un grain de riz ou d'un pépin d'orange, qui, développées au niveau de la portion intermédiaire du col et du corps, oblitèrent à peu près hermétiquement l'orifice interne du col et rendent tout cathétérisme impossible, même avec les stylets les plus fins. C'est

surtout dans ces cas, que rien ne peut faire prévoir à l'avance, qu'il s'agit de procéder avec réserve et prudence, et de ne pas insister, sous peine de faire fausse route ou de produire des déchirements dangereux. Alors, si le cathétérisme est impossible, et s'il y a nécessité d'explorer la cavité utérine, il faut, au préalable, la dilater à l'aide d'un des moyens dont je vais vous parler dans un instant.

Mais, avant de recourir à ces explorations, qui ne sont pas toujours exemptes de danger, vous devrez, renonçant aux sondes rigides, essayer de pratiquer le cathétérisme, soit avec des sondes flexibles, soit avec les bougies coniques ou olivaires, dont on se sert pour les rétrécissements de l'urèthre. Ces sondes ne peuvent être introduites qu'avec le secours du spéculum, et, comme leur flexibilité même les empêche souvent de surmonter les résistances qu'elles peuvent rencontrer, il faut, ou les saisir avec de longues pinces à anneaux, à quelques centimètres de l'orifice externe du col pour pouvoir les pousser avec une force suffisante ; ou se servir d'un mandrin, que l'on maintient immobile au moment où l'on est arrivé sur l'obstacle, tout en continuant à pousser la sonde. Cette manière de procéder ne permet d'apprécier que la longueur de la cavité utérine, et on peut s'en rendre compte sans retirer la sonde, en en plaçant à côté d'elle une autre de même longueur, dont une des extrémités étant maintenue au niveau de l'ouverture du col, l'autre fera saillie d'une quantité égale à celle dont la première aura pénétré.

Quant aux sinuosités que présente, en cas pareil, le canal cervico-utérin, on peut les apprécier, dans

de certaines limites, en faisant usage de bougies en cire, qui en reproduisent l'empreinte. J'ai pu, par ce moyen, reconnaître des flexuosités de ce canal qui rendaient le cathétérisme extrêmement difficile et qui étaient dues à de toutes petites tumeurs fibreuses interstitielles ne faisant aucune saillie sur la surface externe et ne pouvant, par conséquent, pas être reconnues par le toucher.

Lorsque l'orifice interne est franchi, l'explorateur s'en aperçoit immédiatement à la sensation de résistance vaincue, et la sonde, continuant sa progression, arrive, sans rencontrer de nouvel obstacle, jusqu'au fond de l'utérus. Lorsqu'elle touche la paroi utérine supérieure, la femme éprouve une sensation particulière de malaise et de souffrance, qu'elle rapporte au cœur, et qui fut signalée la première fois par Valleix; chez quelques malades il y a même des nausées, au moment de ce contact. Lorsqu'elle est dans la cavité utérine, la sonde se meut facilement, surtout latéralement. Elle pénètre jusqu'à une distance de 5 centimètres à 5 centimètres et demi chez la vierge ou chez la femme qui n'a pas eu d'enfants, de 6 centimètres à 6 centimètres et demi chez celle qui a été mère, le manche étant incliné vers le périnée et la courbure dirigée en avant.

Quelques auteurs signalent la possibilité de sentir le bec de la sonde en contact avec le fond de l'utérus, en plaçant la main sur l'hypogastre, et déprimant cette région ; mais je n'aime pas beaucoup cette manœuvre, car, en imprimant à la matrice des mouvements un peu marqués, on court le risque de déchirer la muqueuse utérine et même de perforer le tissu utérin.

Les mouvements de latéralité qu'il est possible d'imprimer à la sonde ne permettent pas d'apprécier d'une façon très-approximative quelle est l'étendue du diamètre transversal de la cavité utérine. Sa mesure peut bien être déduite, à l'état normal, de cette donnée anatomique établie par M. Richet et confirmée par Aran, qu'il est à peu près la moitié de la longueur totale du diamètre vertical des deux cavités réunies, col et corps. Ainsi, étant donné un utérus normal, dans lequel la sonde pénètre de 62 millimètres, vous pouvez conclure que la dimension transversale de la cavité utérine, au niveau de son fond, c'est-à-dire entre les deux orifices des trompes, est de 31 millimètres. Mais ce qui est vrai à l'état normal, ne l'est plus à l'état pathologique, et vous n'avez aucun moyen exact, rigoureux, pour mesurer mathématiquement l'étendue transversale de la cavité utérine.

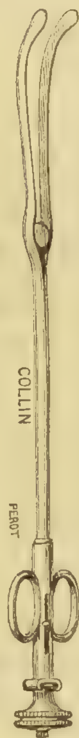


Fig. 78. — Sonde intra-utérine à branches divergentes.

Je sais bien que l'on a eu l'idée de construire, pour prendre ces mesures, des sondes composées de deux parties divergentes qui s'écarteraient après avoir pénétré dans la cavité qu'il s'agit de mesurer (*fig.* 78). Mais, comme ces sondes se referment nécessairement au moment où on les sort, il ne reste aucun indice de l'écartement qu'elles ont subi.

On peut, par une voie détournée, arriver à une notion suffisamment exacte, sinon des différents diamè-

tres de la cavité utérine, au moins de sa capacité. Pour cela, il suffit de pousser dans cette cavité une injection d'eau, au moyen d'une seringue graduée, et d'observer attentivement le moment précis où l'eau reflue par l'orifice externe du col. A l'état normal, chez les femmes n'ayant pas eu d'enfants, on ne pourra pas introduire plus de 2 à 3 centimètres cubes de liquide : chez les multipares, la moyenne sera de 3 à 5 centimètres cubes.

Cette façon de mesurer l'étendue d'une cavité utérine me rend chaque jour les plus grands services. Elle n'offre aucun inconvénient lorsqu'elle est pratiquée avec tout le soin désirable, et je ne saurais trop vous recommander d'y avoir recours à l'occasion; car, outre les données de diagnostic qu'elle fournit, elle est le prélude et la préparation en quelque sorte indispensable d'une méthode thérapeutique excellente : celle des injections médicamenteuses dans la cavité utérine.

Dans toutes ces manœuvres, vous devez procéder, Messieurs, avec douceur, avec la plus grande douceur; car, sachez-le bien, le cathétérisme utérin est une opération des plus délicates; et, si cette opération habilement faite n'a pas le moindre inconvénient, je ne dois pas vous laisser ignorer qu'elle expose au contraire aux plus grands dangers, si elle est maladroitement et brutalement exécutée, ou intempestivement pratiquée. Il ne suffit donc pas que je vous dise comment il doit y être procédé; je dois aussi vous indiquer quand il faut y avoir recours, quand il est indispensable de s'en abstenir.

Certains états particuliers de l'utérus le contre-indiquent formellement. La congestion qui accompagne la menstruation est du nombre ; mais ce qui constitue la contre-indication la plus absolue, c'est l'état d'imprégnation de l'utérus.

Il faut, sous peine de s'exposer à produire un avortement, s'abstenir d'introduire une sonde dans la matrice, toutes les fois qu'on soupçonne la possibilité d'une grossesse.

On doit d'autant plus se tenir en garde contre cette éventualité que, dans la clientèle que je pourrais appeler *flottante ;* parmi les femmes qui viennent nous consulter en passant, aussi bien à l'hôpital que dans notre cabinet, il peut s'en trouver — il s'en est trouvé — attirées par ce seul espoir qu'à défaut d'une complicité qu'elles n'oseraient solliciter, une manœuvre imprudente de notre part pourra contribuer à les débarrasser d'une grossesse commençante. Il ne m'est encore jamais arrivé de me laisser prendre à ce piége, dans lequel je sais que sont malheureusement tombés d'autres confrères fort honorables, à qui on l'a trop durement reproché. Et c'est pour que vous puissiez l'éviter que je vous conseille d'être toujours sur vos gardes, et de ne jamais pratiquer le cathétérisme utérin sans avoir acquis, par vous-même, la preuve qu'il n'y a pas possibilité de grossesse. La meilleure manière de vous en convaincre, c'est de constater de vos yeux la présence de l'écoulement menstruel. Rien n'est plus facile, si la sincérité d'une malade vous inspire des doutes, que de lui recommander de venir vous voir au moment où elle aura ses règles, et d'ajourner toute exploration de la cavité utérine jusqu'après cette

époque. J'ai actuellement dans mon service deux femmes chez lesquelles le cathétérisme serait utile, mais vous me l'avez vu ajourner parce que je ne suis pas parfaitement certain qu'elles ne soient pas enceintes et que je tiens à m'en assurer par moi-même avant de passer outre.

Ce n'est pas à dire que l'exploration doive être faite au moment même des règles, mais seulement quelques jours après. Pendant les règles, elle serait dangereuse, car, l'utérus étant congestionné et ramolli, un simple froissement pourrait l'enflammer, le moindre effort maladroit pourrait le perforer. Je ne juge donc pas prudent de pratiquer le cathétérisme quand le tissu utérin est ramolli, et, à moins de nécessité bien absolue, je m'en abstiens, non-seulement pendant la congestion menstruelle, mais aussi quand je me trouve en présence d'une métrite parenchymateuse aiguë, ou même de certaines formes de la métrite parenchymateuse chronique, qui sont caractérisées par le ramollissement des tissus.

C'est vous dire que je ne saurais considérer comme chose aussi innocente que le prétend Demarquay (1), la perforation des parois utérines, et que contrairement à son assertion reproduite par Dupuy (2), je suis disposé à la considérer comme un des accidents les plus graves qui puissent survenir entre les mains d'un praticien qui manie l'hystéromètre d'une façon brutale ou maladroite.

Je partage aussi les craintes exprimées par Aran, à

(1) Demarquay et St-Wel, *Malad. de l'utérus*, p. 42.
(2) Dupuy, *Progrès médical*, septembre 1873.

propos des dangers d'un cathétérisme intempestif chez les malades atteintes de phlegmasies péri-utérines, et, sans le proscrire absolument dans ces cas, où il peut être indispensable, je vous recommande de n'y avoir recours qu'avec la plus grande réserve.

Cette petite opération fatigue toujours un peu la malade; il est rare, surtout quand on la pratique pour la première fois, qu'elle ne donne pas lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang, et qu'elle ne soit pas suivie d'un sentiment de courbature; aussi le repos est-il indispensable et il y a souvent avantage à faire garder le lit, en prescrivant quelques cataplasmes laudanisés ou un grand bain, s'il y a des coliques.

Comme vous le voyez, Messieurs, je ne nie pas les dangers qui peuvent résulter d'une pratique maladroite et inconsidérée, et contre ces dangers j'ai soin de vous mettre en garde, par toutes les recommandations que je viens d'avoir l'honneur de vous faire; mais ce que je conteste, c'est que ces dangers soient aussi grands et aussi fréquents qu'on l'a bien voulu dire, et qu'ils puissent être assez redoutables pour nous faire renoncer à un moyen de diagnostic aussi précieux que le cathétérisme utérin.

Ne vous laissez donc pas influencer par des critiques aussi injustes que passionnées, qui ont eu plus de retentissement qu'elles ne le méritaient et, pour être parfaitement convaincus de la parfaite innocuité de cette petite opération, quand elle est convenablement faite, rappelez-vous combien de fois vous m'avez vu explorer une cavité utérine, avec l'hystéromètre, sans que les malades en aient éprouvé le plus léger accident, le moindre malaise. C'est par milliers que je puis compter

aujourd'hui le nombre des cas où j'ai pratiqué le cathétérisme utérin, soit comme moyen diagnostic, soit dans un but thérapeutique, et je dois dire que, jusqu'à présent, je n'ai vu qu'une seule fois se produire un des accidents que l'on vous apprend à redouter et contre lesquels j'ai dû chercher moi-même à vous mettre en garde.

Ce n'est pas qu'il ne me soit arrivé de constater, chez plusieurs de mes malades, l'apparition de symptômes assez alarmants, survenant quelques heures après un cathétérisme; mais, toujours, il m'a été possible d'établir que l'apparition de ces symptômes était parfaitement étrangère à l'exploration que je venais de pratiquer, et qu'elle constituait tout simplement une de ces coïncidences étranges, comme on en rencontre assez souvent dans la pratique. Que de fois après un mouvement fébrile assez intense, accompagné ou non de vomissements, ou même de douleurs lombaires ou abdominales assez vives, qui m'inspiraient la plus vive inquiétude, n'ai-je pas vu apparaître une simple angine, une bronchite, un érysipèle de la face ou même une variole, dont le début avait coïncidé exactement avec le jour du cathétérisme ! Je me rappelle parfaitement avoir vu trois fois la variole débuter dans ces circonstances, et ces faits sont restés d'autant plus précis dans mes souvenirs que l'un de ces cas, le premier, a été recueilli et publié par un observateur trop pressé, comme un exemple des dangers du cathétérisme; les vomissements, la fièvre, les douleurs lombaires lui ayant fait prendre le début de la fièvre éruptive pour celui d'une péritonite traumatique.

J'ai vu un fait bien plus étrange encore et qui prouve

combien il faut se méfier de ces bizarres coïncidences qui, si l'on applique trop rigoureusement l'adage : *post hoc, ergo propter hoc*, peuvent faire mettre sur le compte d'un examen parfaitement innocent, des symptômes excessivement graves, à la production desquels il est totalement étranger.

J'ai vu mourir de péritonite généralisée, dans mon service, une femme à laquelle j'avais pratiqué quelques jours auparavant le cathétérisme de l'utérus, et j'avoue que, pendant ses derniers jours et même jusqu'à la fin de son autopsie, je suis resté dans la plus grande perplexité, me demandant, avec angoisse, si mon intervention n'avait pas été la cause déterminante des accidents auxquels elle avait succombé.

C'était en 1867, alors que j'étais de passage à l'hôpital Lariboisière; une femme de 35 à 36 ans me fut adressée pour des douleurs hypogastriques, accompagnées d'un écoulement sanguin vaginal peu abondant. Elle n'accusait aucun autre trouble morbide ; ses douleurs s'irradiaient bien vers les lombes, mais sans y être excessives et leur point de départ paraissait être l'hypogastre. L'utérus examiné était un peu volumineux, lourd, incliné en avant. Je le cathétérisai, pour apprécier sa mobilité ; il se laissait assez facilement redresser, et, en somme, ne le trouvant pas notablement enflammé, je n'instituai aucun traitement spécial. Ce premier cathétérisme ne détermina ni douleur, ni malaise, ni fatigue ; un second, pratiqué quelques jours plus tard, fut aussi innocent, et, comme l'écoulement sanguin pour lequel la malade était venue réclamer mes soins avait disparu depuis les premiers jours qui avaient suivi l'entrée de cette femme à l'hôpital, je l'en-

gageai à ne pas y faire un plus long séjour. Mais, avant de la renvoyer, je voulus procéder à un nouvel examen, et, pour la troisième fois, je pratiquai le cathétérisme sans encombre, sans douleur, sans aucun accident immédiat. La journée qui suivit se passa bien, la nuit fut bonne et il était entendu que la malade sortirait de l'hôpital le surlendemain, lorsque la veille de ce jour-là — 36 heures après le cathétérisme — elle fut prise de frissons, de vomissements, de ballonnement du ventre, et il se déclara une péritonite qui, malgré tous nos efforts, se généralisa, et se termina en quelques jours par la mort.

J'étais, je ne vous le dissimulerai pas, horriblement tourmenté, et tout en me disant que, puisqu'un intervalle de 36 heures avait existé entre le cathétérisme et le début des accidents de péritonite, il ne devait y avoir entre eux aucune corrélation de cause à effet; ce n'est pas sans une certaine émotion que je fis l'autopsie de cette femme. Or voici ce que je rencontrai : La cavité péritonéale contenait du pus dans toute son étendue, et, en vertu de la déclivité, il s'était amassé en plus grande proportion dans l'excavation pelvienne; mais il n'y avait pas de fausses membranes tapissant les organes génitaux internes, et, lorsque j'examinai l'utérus, je n'y trouvai aucune trace de lésion, soit dans l'épaisseur de ses parois, soit sur sa surface externe ou péritonéale, soit enfin sur sa muqueuse qui n'était ni rouge, ni ramollie, ni dilacérée en aucun point, pas plus dans la cavité du corps que dans celle du col. Par contre, en examinant avec soin les autres organes contenus dans la cavité abdominale, je constatai que le rein droit formait une vaste poche puru-

lente, contenant quatre calculs volumineux. Dans toute la région rénale le péritoine, épaissi, était recouvert de pus concret, tandis que dans aucun point de l'excavation pelvienne, on ne trouvait pas même de trace de vascularisation.

La péritonite généralisée à laquelle cette femme avait succombé n'avait donc pas eu son point de départ dans les organes génitaux, mais bien dans une de ces néphrites calculeuses, qui passent trop souvent inaperçues, et qui, dans le cas actuel, avait été méconnue pour deux raisons : d'abord parce que l'hématurie à laquelle elle avait donné lieu avait été prise pour une métrorrhagie, puis parce qu'un léger degré d'antéversion de l'utérus avait paru suffisant pour expliquer les troubles morbides, en apparence bénins, qu'accusait la malade, en rapportant ses douleurs plutôt à la région sus-pubienne qu'à la régiou lombaire. En tout cas, il n'est pas douteux pour moi que, si cette femme fût morte en ville, sans que l'autopsie ait pu être faite ou que, si l'on eût procédé à cette autopsie avec moins d'attention que je ne l'ai fait, sa mort serait imputée au cathétérisme qui, vous le voyez, en était parfaitement innocent.

Lorsque j'ai publié la première édition de ce livre, j'ai fait suivre la relation de ce fait des réflexions que voici :

C'est le seul cas dans lequel j'aie pu être sérieusement inquiet des conséquences de cette petite opération, et la suite a si bien prouvé pour moi sa parfaite innocuité que si maintenant il m'arrivait — ce dont je tâcherai toujours de me préserver autant que possible — un de ces accidents graves, qui auraient

pu, au début de ma carrière, ébranler ma confiance dans cette méthode d'exploration, je ne me croirais plus pour cela autorisé à l'abandonner. J'en tirerais seulement cette conséquence : c'est que j'aurais, à mon tour, oublié de mettre en pratique quelqu'une des précautions que je viens de vous recommander, ce qui, à la rigueur, pourrait bien m'arriver tout comme à un autre. Je suis donc tout à fait de l'avis de M. Huguier, et je ne saurais mieux traduire les impressions qui résultent de ma pratique personnelle qu'en empruntant à ce savant Maître la phrase par laquelle il résume, avec une autorité que nul ne saurait contester, ce que lui a appris une expérience compétente entre toutes : « *Pour nous, dit-il, qui,* « *depuis 22 ans, avons fait un usage fréquent de* « *l'hystéromètre, pour un grand nombre de maladies* « *utérines, nous sommes à même d'affirmer que les* « *accidents sérieux et graves qui suivent le cathé-* « *térisme sont excessivement rares, lorsque cette* « *opération est pratiquée avec toutes les précautions* « *convenables et dans un moment opportun.* »

Aujourd'hui je n'ai rien à changer à cette appréciation, quoique l'accident que je semblais prévoir se soit produit sous mes yeux. Le fait s'est passé ici, à la Pitié en 1874. Une femme d'une trentaine d'années était depuis quelques jours à l'hôpital, se plaignant de douleurs abdominales et de métrorrhagies peu abondantes, mais fréquentes, avec troubles de la menstruation, qui n'était plus régulière. — L'utérus, un peu plus volumineux qu'à l'état normal, occupait la ligne médiane et, le long de son bord droit, on sentait une tumeur arrondie du volume d'un gros œuf de

poule, faisant corps il est vrai avec la matrice, mais paraissant cependant en être assez nettement distincte pour que j'aie pu penser qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse, dont la présence pouvait expliquer les désordres de la menstruation et les métrorrhagies qui depuis plusieurs mois avaient remplacé les règles.

Je ne songeai en aucune façon, je l'avoue, à la possibilité d'une grossesse, et ce fut là mon tort, car je n'hésitai pas à pratiquer le cathétérisme, pour me rendre compte des dimensions de la cavité utérine que je trouvai en effet notablement agrandie, comme je m'y attendais. — J'avais eu pourtant la précaution de ne pas me servir de l'hystéromètre en métal, et de prendre une sonde de caoutchouc très-flexible, ce qui n'empêcha pas un avortement de se produire au bout de quatre ou cinq jours. Contrairement à toutes nos prévisions cette femme se trouvait être enceinte de trois à quatre mois. Elle n'avait pas de tumeur fibreuse et son utérus reprit bien vite sa forme et ses dimensions normales.

Ce qui, avec les métrorrhagies, avait contribué à nous induire en erreur, c'est que, comme cela arrive parfois, l'organe gestateur s'était développé irrégulièrement et que l'accroissement dû à la présence du produit de la conception s'était fait sentir surtout vers la corne droite de l'utérus, sans que la gauche l'ait suivie dans son développement physiologique.

Cet accident, qui n'eut pas d'autres suites, car la femme se rétablit promptement, et qu'il était à peu près impossible de prévoir à l'avance, étant données les conditions dans lesquelles cette malade s'est présentée à nous, vous prouve, comme je n'ai jamais

cessé de vous le répéter, Messieurs, que le cathétérisme utérin n'est pas chose indifférente et qu'il faille entreprendre à la légère. — Mais, après vous l'avoir raconté, comme il était de mon devoir de le faire, je ne voudrais pas qu'il vous impressionnât au point de vous faire renoncer à cette méthode d'exploration, excellente entre toutes, et sans laquelle la pratique de la gynécologie deviendrait chose à peu près impossible.

C. *Dilatation de la cavité utérine.* — Lorsque le cathétérisme fait défaut, on peut encore explorer la cavité utérine à l'aide d'autres moyens, au premier rang desquels figure l'introduction, dans l'intérieur du col, de substances susceptibles de se gonfler, en absorbant les liquides de l'organisme, et de produire une dilatation suffisante pour permettre au doigt indicateur de pénétrer jusque dans l'intérieur du corps de la matrice. Ce procédé, imaginé par Simpson, est très-utile dans les cas de diagnostic difficile, où le spéculum et même le cathétérisme donnent des renseignements insuffisants, surtout quand un obstacle invincible s'oppose à la pénétration de la sonde jusqu'au fond de la cavité utérine ; par exemple, quand il s'agit de tumeurs fibreuses interstitielles ou de polypes intra-utérins.

Les corps actuellement employés pour provoquer cette dilatation sont les tiges de gentiane, celles de *laminaria digitata*, et les cônes d'éponge préparée. On trouve des cônes d'éponge tout préparés chez les fabricants d'instruments ou chez les pharmaciens, mais on peut les fabriquer soi-même et il est préfé-

rable de procéder ainsi, car il m'est arrivé d'acheter des éponges préparées, composées de plusieurs morceaux, qu'il était ensuite fort difficile de retirer, quand, après la dilatation, ils s'étaient séparés.

Voici comment M. Marion Sims conseille de préparer les éponges destinées à la dilatation du col (*fig.* 79). On choisit des éponges bien nettoyées, mais non blanchies, parce que le blanchiment leur enlève leur élasticité. On les taille ensuite en cônes de trois à six centimètres de long; un fil d'archal les traverse suivant leur axe longitudinal et leur sert de support; ainsi disposés, les cônes sont trempés dans une solution de gomme arabique et entourés d'une ficelle qu'on enroule du sommet à la base. La préparation est alors terminée; il suffit de retirer le fil d'archal et de faire sécher l'éponge au soleil ou au four. Quand elle est sèche, on déroule la ficelle et on polit le cône avec du papier de verre.



Fig. 79. — Cônes d'éponge préparée.

Les tiges de laminaria digitata sont préparées d'avance (*fig.* 80), mais on peut les tailler soi-même ainsi que celles de racine de gentiane, en leur donnant les dimensions voulues.

La première précaution que l'on doit prendre lorsqu'on veut introduire une de ces substances dilatatrices, c'est de bien découvrir l'orifice externe du col utérin, soit au moyen du spéculum ordinaire, soit au moyen du spéculum univalve en bec de canne. Puis, ou l'on monte le cône sur un mandrin (*fig.* 81),

ou, plus simplement, on saisit sa base avec des pinces, et on introduit le sommet graduellement et avec douceur dans la cavité cervicale. On abandonne alors le corps étranger, et on applique par-dessus une couche d'ouate, pour l'empêcher de sortir. On le laisse en



Fig. 80. — Tente de laminaria digitata, de Greenhalgh.



Fig. 81. — Cône d'éponge préparée et mandrin pour l'introduire dans la cavité du col.

place pendant douze heures. Au bout de ce temps, on le retire, en se servant du spéculum, puis aussitôt après on peut, si la dilatation est suffisante, introduire le doigt à travers le col dilaté jusque dans la

cavité utérine et en faire l'exploration. Si la dilatation obtenue ne permet pas l'introduction du doigt, on remplace le corps dilatateur, que l'on vient d'enlever, par un autre plus volumineux, que l'on laisse en place pendant douze heures comme le premier.

A l'état normal l'intérieur de la cavité utérine est lisse, à surface parfaitement régulière ; les parois présentent une épaisseur égale dans tous les points, avec la même souplesse. A l'état pathologique, au contraire, on trouve des inégalités, des saillies, des indurations, des productions nouvelles d'un diagnostic resté longtemps douteux et devenu certain, depuis que la dilatation des orifices, pratiquée comme je viens de le dire, a permis de les rendre directement accessibles au contact du doigt explorateur.

D. *Endoscopie utérine.* — C'est après cette dilatation préalable que l'examen de la cavité utérine pourrait être fait avec l'endoscope, dont l'introduction serait alors facile et qui permettrait de reconnaître la coloration blanc rosé et l'aspect lisse et poli de la muqueuse à l'état sain. Mais chaque fois que j'ai voulu faire usage de cet instrument, j'ai été considérablement gêné dans mes investigations par la présence du sang qui suinte de la muqueuse utérine et dont il est fort difficile de se débarrasser. Comme le suintement sanglant est à peu près inévitable à la suite de la dilatation du col, il me paraît devoir constituer un sérieux obstacle à la généralisation de l'examen endoscopique de la cavité utérine, sur lequel j'avais espéré pouvoir fonder de grandes mais inutiles espérances, au point de vue du diagnostic des formes de la métrite interne.

VII

INFLAMMATIONS DE LA VULVE.

I. Folliculite vulvaire. — La plupart des inflammations vulvaires sont dues au défaut de soins et à la malpropreté. — Elles coïncident souvent avec les époques menstruelles. — La folliculite vulvaire. — Ses trois périodes. — Les ulcérations auxquelles elle donne lieu. — Effet des démangeaisons et du grattage. — Les autres éruptions vulvaires : érysipèle, eczéma, herpès, echthyma, etc. — L'acné simple. — L'acné varioliforme ou exdermoptosis. — Les éruptions syphilitiques. — La vulvite des jeunes filles. — Applications médico-légales. — Traitement.

II. Inflammation et abcès de la glande vulvo-vaginale. — Énumération des maladies qui, d'après Huguier, peuvent affecter cette glande. — Les plus importantes à connaître ne sont que des degrés ou des modes divers de l'inflammation. — Symptômes et description de l'abcès de la glande vulvo-vaginale. — Son diagnostic avec les abcès de la région vulvo-anale. — Avec la vulvite phlegmoneuse. — Étiologie. — Récidives. — Traitement.

I. — Folliculite vulvaire.

Messieurs,

Sans vouloir vous arrêter trop longuement sur l'étude des maladies des organes génitaux externes de la femme, je ne puis cependant pas me dispenser de vous parler de quelques-unes des affections qui intéressent ces organes et en particulier des inflammations de la vulve et du vagin.

A la vulve surtout l'inflammation revêt des aspects très-variés, suivant sa nature, suivant l'élément anatomique qu'elle affecte plus particulièrement, et vous n'êtes pas sans avoir remarqué que les rougeurs, que les écoulements, que les éruptions multiples qui en sont la conséquence, s'observent plus fréquemment et avec une persistance infiniment plus grande chez les femmes du dehors, chez celles qui viennent à notre consultation hebdomadaire, que chez celles qui séjournent à l'hôpital. La raison en est que ces dernières sont soumises à des ablutions et à des soins de propreté qui manquent trop souvent aux autres; et dont l'absence est, sinon la seule, au moins la principale cause qui fasse naître et entretienne la plupart des inflammations vulvaires.

Rappelez-vous comment les choses se sont passées chez la malade qui est conchée au n° 8 de la salle du Rosaire et qui est entrée à l'hôpital il n'y a pas plus de huit ou dix jours. — C'est une grosse et forte fille de vingt ans, à peau brune et huileuse, dont les sécrétions cutanées abondantes ont une odeur pénétrante si caractéristique. — Elle est domestique, d'origine tout à fait campagnarde et paraît ignorer absolument les notions les plus élémentaires de la toilette appliquée aux organes génitaux. Elle nous dit qu'à deux reprises elle a ressenti de la gêne, avec un peu de gonflement, dans les régions inguinales, où elle a reconnu la présence d'une petite tumeur arrondie, et douloureuse à la pression. La première fois, il y a un mois, cette tumeur se trouvait à droite; la seconde, deux ou trois jours seulement avant l'entrée de la malade à l'hôpital, elle s'est produite à gauche, en

même temps que la grande lèvre correspondante se tuméfiait et devenait elle-même douloureuse ; ce qui rendait la marche et le travail impossibles et gênait même pendant la simple station debout. — Cet état, qui la première fois s'était dissipé assez promptement et n'avait donné lieu à aucun écoulement appréciable, a persisté plus longtemps cette fois-ci et la malade s'est sentie mouillée par un suintement muco-purulent peu abondant, qui a fait sur son linge des taches d'un jaune verdâtre. — Notons que dans les deux cas les accidents dont je vous parle ont débuté peu de temps après une époque menstruelle.

Ces renseignements ne nous révélaient qu'une chose : l'existence d'une légère adénite inguinale, provoquée par une lésion vulvaire dont l'examen direct seul pouvait nous permettre de déterminer la nature. Or, voici dans quel état nous avons trouvé la vulve : la grande lèvre du côté gauche était tuméfiée et saillante au-devant de sa congénère. — La tuméfaction existait dans toute la hauteur et était plus manifeste en haut, près du pubis, qu'à la partie inférieure, au niveau de la fourchette, où elle allait en diminuant graduellement. — La sensation qu'elle donnait au toucher était celle d'une certaine mollesse, moindre que dans l'œdème, plus grande que dans le phlegmon véritable. La palpation en était du reste fort douloureuse.

La surface tuméfiée était d'un rouge un peu sombre, mais, en y regardant de près, on voyait que cette coloration n'était pas uniforme. — Elle était due à la réunion d'une multitude de petits boutons, dont les uns très-rouges et saillants, dont les autres déjà affaissés sur eux-mêmes, paraissaient se dessécher, laissant entre

eux des intervalles à peine perceptibles de tégument dont la coloration n'était pas modifiée. — La rougeur était plus intense au pourtour de la racine des poils, où l'on voyait de petites ulcérations très-superficielles. — Une ulcération plus étendue occupait le centre de la partie tuméfiée, vers le bord le plus saillant de la grande lèvre, à la réunion de son tiers supérieur avec son tiers moyen, et au point où le tégument cutané se continue avec la muqueuse.

Cette ulcération, à fond un peu jaunâtre, était très-superficielle, elle n'avait pas les bords taillés à pic, elle n'était nullement indurée, sa forme était parfaitement circulaire et son diamètre n'excédait pas celui d'une lentille. — Il n'était donc pas possible de la considérer comme étant de nature syphilitique.

La malade niait du reste énergiquement s'être jamais exposée à un contact infectieux et l'intégrité de sa membrane hymen témoigne de la sincérité de ses déclarations. — On voit en effet qu'il n'y a jamais dû y avoir de tentatives de coït, car non-seulement la membrane n'est ni déchirée ni tiraillée, mais même elle n'est nullement irritée, elle ne l'était pas davantage lors de notre premier examen, et sa coloration rosée parfaitement normale a toujours contrasté avec la teinte rouge inflammatoire des parties voisines. — Je sais bien que le virus syphilitique aurait pu être transporté de toute autre façon, et ce n'est pas seulement pour exclure l'hypothèse du chancre à laquelle je n'ai pas cru devoir m'arrêter, que j'insiste sur ces détails, mais bien pour vous montrer que l'inflammation a été ici parfaitement limitée à la grande lèvre,

sans avoir son point de départ dans des organes plus profondément situés.

Quelle est la cause sous l'influence de laquelle elle s'est produite? La malade nous avoue bien s'être livrée parfois à la masturbation solitaire; mais elle ne paraît pas l'avoir jamais fait avec cette ardeur et cette frénésie qui se rencontrent trop souvent et qui peuvent amener de graves désordres locaux, par suite de frictions trop énergiques et trop longuement répétées. — Ses petites lèvres et son clitoris n'ont du reste ni le développement anormal ni la flétrissure précoce qui sont le résultat de semblables manœuvres.

Il faut donc chercher une autre cause et je la trouve dans l'irritation qu'ont dû déterminer l'accumulation et la fermentation sur place des divers produits sécrétés par les glandes muqueuses et cutanées de la région. — Notez que dans les deux circonstances où les mêmes accidents sont apparus chez cette femme, elle venait d'avoir ses règles, dont le produit s'était ajouté à celui des autres sécrétions pour en augmenter l'abondance et l'acuité; en même temps que tout le système génital était encore sous l'influence de l'excitation passagère due au molimen menstruel.

La façon dont les accidents se sont dissipés témoigne que telle a bien été en effet la cause de leur manifestation. — La première fois ils se sont calmés d'eux-mêmes, à mesure que l'on s'est éloigné de la période menstruelle, mais il y a lieu de penser que toute irritation n'a pas complétement disparu. — La seconde fois, où l'état a été plus grave, il nous a suffi de quel-

ques cataplasmes, de lotions et de bains pour amener une amélioration rapide et tellement complète que depuis plusieurs jours la vulve a repris un aspect tout à fait normal, la tuméfaction de la grande lèvre ayant absolument disparu, et la petite ulcération étant entièrement cicatrisée.

Cette petite ulcération était formée par une pustule d'acné qui avait été probablement écorchée par le grattage. C'est une conséquence des démangeaisons extrêmement vives auxquelles donnent lieu ces inflammations vulvaires et qui peuvent être encore surexcitées par la présence de *pédiculi*. — Il en résulte que les coups d'ongles écorchant les parties enflammées, on rencontre souvent des ulcérations plus étendues, plus profondes, plus irrégulières que celles dont notre malade a été affectée, et sur la véritable nature desquelles il est par conséquent beaucoup plus difficile de se prononcer.

Je vous ai montré que chez notre malade la grande lèvre tuméfiée avait un aspect en quelque sorte grenu, comme chagriné. — C'est que l'inflammation dont elle était atteinte ne l'avait pas uniformément envahie et que cette inflammation siégeait exclusivement dans un élément des couches tégumentaires, dans les follicules pileux et sébacés. — C'est ce que M. Huguier a appelé la *folliculite vulvaire* qu'il faut bien se garder de confondre avec l'inflammation phlegmoneuse des grandes lèvres, dont j'aurai à vous indiquer les caractères principaux, au moins au point de vue du diagnostic différentiel, lorsque je vous parlerai, dans un instant, des abcès de la glande vulvo-vaginale.

Dans les cas de la nature de celui qui nous occupe en ce moment le tissu cellulaire n'est pas à proprement parler enflammé; il est seulement tuméfié et ce n'est que par influence de voisinage qu'il se trouve participer, indirectement, au travail morbide qui est exclusivement limité aux appareils sécréteurs de la muqueuse et de la peau.

Les caractères symptomatiques et anatomiques de la folliculite vulvaire présentent, suivant Huguier (1), des différences tranchées, suivant qu'elle envahit simultanément les deux ordres de follicules, ou bien l'un ou l'autre séparément, et surtout suivant qu'elle se complique ou non de l'inflammation de quelqu'un des autres éléments du tégument génital.

Cet auteur qui décrit la maladie comme constituée par trois périodes distinctes, a cependant grand soin de faire remarquer que la marche n'a rien de régulier ni de constant, car la maladie étant constituée par un grand nombre de petites inflammations contiguës, il se peut faire que les unes en soient encore au début de leur apparition, quand les autres sont déjà parvenues à leur période de déclin.

Dans la première période d'*éruption* qui a toujours été précédée d'un peu de prurit, de tension et de rougeur des parties, on voit apparaître, çà et là, plus particulièrement dans les plis génito-cruraux, sur la face externe et le bord libre des grandes lèvres et même sur le clitoris et les nymphes, de petits points rouges, arrondis formant de véritables boutons non

(1) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme.* (*Mém. de l'Acad. de médec.* Paris, 1850.)

encore pustuleux, dont le relief peu considérable est plus appréciable au toucher qu'à la vue. Ces petites saillies, qui ont à peine le volume d'une tête d'épingle, sont d'un rouge très-vif, uniforme ; mais cette teinte ne s'étend pas aux tissus environnants. Il en résulte, comme vous l'avez pu voir chez notre malade, que si par leur réunion elles forment de grandes taches irrégulières paraissant, à distance et au premier abord, d'un rouge à peu près uniforme, un examen plus approfondi permet facilement de reconnaître que ces taches sont formées par la réunion d'un grand nombre de petites saillies séparées par des intervalles, dans lesquels la peau a conservé sa coloration normale ou a pris une teinte seulement un peu rosée. — Pour cela il suffit d'exercer une pression modérée sur la partie affectée ou de tendre légèrement la peau à cet endroit.

Si l'affection siége dans les follicules des nymphes et que l'on palpe ces dernières entre le pouce et l'index, on les trouve dures, rugueuses au toucher et parsemées d'un grand nombre de petites tumeurs sphériques, dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de chènevis.

Par suite du surcroît d'activité survenu dans les divers éléments anatomiques du tégument vulvaire, il y a habituellement une augmentation de sécrétion des follicules, aussi bien de la part de ceux qui sont encore intacts que de ceux qui sont déjà enflammés ; ceci s'observe surtout chez les femmes enceintes. Dans cette première phase de la maladie les follicules ne renferment pas encore de pus ; l'augmentation de volume qu'ils ont subie dépend uniquement

de l'injection, de l'épaississement de leurs parois et de la dilatation de leur cavité par la matière sébacée ; l'ouverture de la plupart d'entre eux se trouvant en même temps oblitérée ou rétrécie.

Dans la seconde période, de *suppuration des follicules*, ces parois folliculaires enflammées se remplissent d'une sécrétion purulente. Il se forme de véritables boutons acuminés au centre, plus rouges à la base, et entourés d'une auréole de 2 à 3 millimètres, par suite de l'extension de l'inflammation aux parties voisines. Pour ceux de ces follicules qui sont situés profondément, l'induration et la sensibilité au doigt sont plus manifestes et le bouton qui en résulte peut conserver plus longtemps une teinte rouge uniforme, dont le centre ne se distingue que par une petite saillie; le plus souvent le centre de la pustule pâlit rapidement, en quelques jours, ou même quelques heures, en même temps qu'elle devient plus saillante. Alors l'épiderme s'amincit et l'aspect extérieur du bouton varie suivant la composition du pus qu'il renferme. Lorsque l'affection siége dans les follicules pilifères, le pus est ordinairement d'un blanc mat ou d'un blanc jaunâtre, et le centre de la pustule est occupé par un poil ; on voit souvent deux poils accolés l'un à l'autre au centre de la même pustule.

A cette période, l'irritation et l'inflammation, devenues plus fortes, s'étendent plus ou moins aux téguments qui séparent les follicules ; la chaleur, la démangeaison, augmentent et le grattage ne laisse pas le plus souvent aux follicules le temps de s'ouvrir spontanément.

Les pustules une fois ouvertes, spontanément ou

artificiellement, les unes se vident du pus et de la matière sébacée qu'elles contiennent, s'affaissent et pâlissent ainsi que les parties voisines, et les follicules rentrent rapidement dans l'état physiologique ; d'autres se couvrent d'une croûte d'un gris jaunâtre ou brunâtre sous laquelle se produit encore un peu de pus pendant quelques jours ; si on enlève cette croûte, on trouve l'ouverture et le col du follicule agrandis, ulcérés et cachés dans une couche de pus d'une épaisseur variable. Les choses se passent ainsi sur les portions du tégument les plus sèches et les plus accessibles au contact de l'air. Sur les parties humides, c'est-à-dire dans les plis de la muqueuse, il ne se forme pas aussi facilement de croûte, et l'orifice du follicule reste béant pendant plusieurs jours en fournissant incessamment de la matière purulente. Cette variété s'observe spécialement à la face interne des nymphes qui, dans certains cas, peut apparaître criblée de petits trous en pomme d'arrosoir, lorsqu'on la tend.

Enfin un certain nombre de ces boutons suppurés peuvent disparaître par résolution.

La troisième période, de *dessiccation* ou de *déclin*, est marquée par l'amendement et la disparition des symptômes observés dans le cours des deux périodes précédentes. La sécrétion morbide devient moins abondante, la muqueuse et la peau pâlissent, les boutons ont moins d'élévation et de rougeur. La résolution s'opère peu à peu dans les follicules qui n'étaient pas encore suppurés. Quant à ces derniers, ou le pus se résorbe en formant une croûte qui peut se détacher sans laisser d'ulcération après elle ; ou,

ce qui est plus fréquent, le tégument s'ulcère, le pus mêlé à la matière sébacée s'écoule au dehors, et il se forme ensuite une croûte jaunâtre ou noirâtre derrière laquelle s'opère la cicatrisation du follicule ulcéré. Ainsi du reste s'opère la cicatrisation même des ulcérations plus étendues qui se sont produites dans le cours de la seconde période.

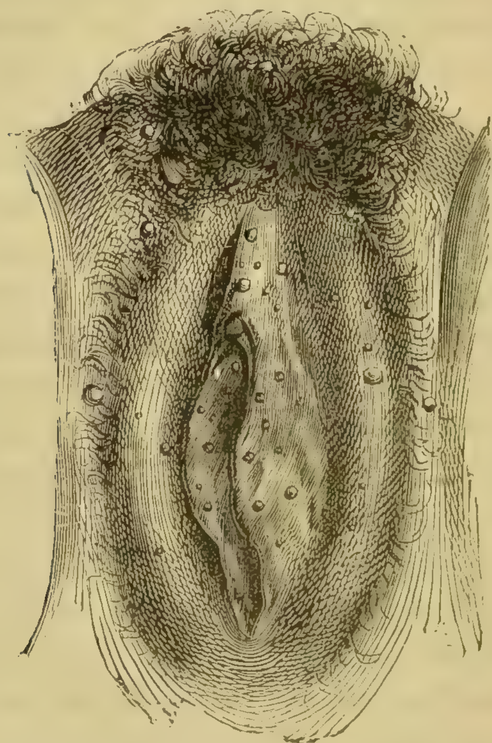


Fig. 82. — Folliculite vulvaire.

Telle est la description de la maladie dont j'ai cru devoir emprunter les traits les plus importants au mémoire si complet de M. Huguier.

Ce qui la caractérise, par-dessus tout, c'est ce fait que, quelles que soient son intensité et son étendue,

et surtout pendant le cours de la seconde période, on peut toujours, à côté des ulcérations qu'elle produit, rencontrer des follicules à leur premier degré d'induration, formant de petits boutons faciles à reconnaître. Ceci est extrêmement important au point de vue du diagnostic, car, je vous l'ai déjà dit, cette inflammation n'est pas la seule qui puisse affecter la vulve, et il importe de la distinguer des divers états morbides qui, se développant dans la même région, peuvent ou la compliquer ou être confondus avec elle.

Je ne parlerai pas de l'érysipèle, dont les caractères généraux sont tels qu'il est toujours facile de le reconnaître, qu'il se montre à la vulve ou ailleurs.

Il n'en est pas de même de l'eczéma, de l'herpès, de l'ecthyma ou d'autres éruptions apyrétiques qui peuvent affecter la vulve aussi bien que la folliculite, avec laquelle il est si facile de les confondre.

L'*eczéma*, qui se rencontre si fréquemment sur le pudendum, au pourtour de la vulve, sur les grandes lèvres et dans les plis génito-cruraux, a beaucoup de ressemblances extérieures avec la folliculite vulvaire dont je viens de vous parler. Comme elle, il détermine une coloration rouge intense de la peau, due à la présence d'une multitude de petits boutons vésiculeux, qui laissent suinter un liquide roussâtre. Mais il s'en distingue par sa généralisation même. On ne voit pas ces intervalles de peau saine qui existent toujours entre les îlots formés par les follicules enflammés, quelle que soit, du reste, la confluence de l'éruption. Puis, l'eczéma ne reste pas limité à une seule lèvre, comme cela avait lieu chez notre malade, et non-seulement il s'étend à toute la région vulvaire,

mais il empiète plus ou moins largement sur la face interne des cuisses et il envahit jusqu'au pourtour de l'anus. De plus, l'éruption a le même degré d'intensité dans toute son étendue, et l'on ne voit pas, comme dans les folliculites, de petits boutons naissants à peine indurés à côté de pustules remplies de pus ou déjà ulcérées. Enfin, le produit de sécrétion est un liquide roussâtre d'aspect séreux et non du pus véritable.

Dans l'*impetigo*, dans l'*ecthyma,* la généralisation de l'éruption, en dehors même de ses caractères propres, permettra d'éviter une erreur de diagnostic.

Il n'en sera pas de même dans l'*herpès,* qui peut se localiser autour de la vulve, comme il se localise autour de la bouche ou sur le prépuce. Son diagnostic n'offre, du reste, qu'un intérêt très-secondaire, car il passe vite, plus vite même que la folliculite, avec laquelle il peut être très-facilement confondu. Cependant vous le reconnaîtrez à ce qu'il se présente par groupes de petites vésicules, agglomérées les unes près des autres, à ce que son éruption reste assez facilement localisée, et à ce que ces vésicules, toutes superficielles, ne s'enfoncent pas dans l'épaisseur du derme comme les follicules enflammés, surtout à ce qu'elles ne se produisent pas à la base des poils. Enfin, si le liquide contenu dans ces vésicules ne tarde pas à devenir louche, puis un peu jaunâtre, d'aspect puriforme, l'évacuation en est très-rapide, la vésicule s'ouvrant par une sorte d'exfoliation de l'épiderme; et la petite ulcération qui lui succède étant très-superficielle, se cicatrise beaucoup plus rapidement que celle des follicules.

Dans certains cas on voit, comme cela avait lieu chez notre malade, de véritables pustules d'*acné* faire une saillie plus proéminente au milieu des follicules enflammés.

Il peut même arriver que l'acné vulvaire se produise indépendamment de la folliculite et sans provoquer un travail d'inflammation semblable à celui qui accompagne toujours cette dernière. Cela a lieu lorsque l'excrétion des glandes sébacées est empêchée par l'oblitération du conduit ou entravée par son abondance même, qui ne lui permet plus de s'écouler par l'orifice de ce conduit, devenu relativement trop étroit. La forme particulière de la petite tumeur qui résulte de cette dernière cause présente beaucoup de rapports avec l'acné sébacea. C'est l'*acné varioliforme* de Bazin ou l'*exdermoptosis* de la vulve de Huguier.

Les petits boutons du volume d'un grain de chènevis sont indurés, sans inflammation au pourtour. Dans leurs intervalles, la peau est complétement saine. L'état général se ressent peu de cette affection, qui reste toujours limitée à la région vulvaire.

L'acné varioliforme peut être la terminaison de la folliculite ordinaire, par défaut de résolution. La petite tumeur ainsi formée persiste longtemps.

Les follicules oblitérés peuvent être comparés aux tannes, loupes, mélicéris de la peau du visage.

D'après M. Caillault (1), l'acné varioliforme pourrait être une maladie contagieuse, dont on aurait pu suivre

(1) Caillault, *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants*. Paris, 1859.

la transmission sur plusieurs petits malades traités à l'hôpital des Enfants. Ceci s'expliquerait, d'après M. Hardy, par la présence de spores particulières mélangées à la matière sébacée qui constitue ces petites tumeurs.

Le grand intérêt que présentent ces diverses éruptions vulvaires consiste surtout dans leur diagnostic d'avec les affections syphilitiques. Le chancre induré sera difficilement confondu avec les ulcérations consécutives à la folliculite ou à l'herpès, même lorsqu'il y aura de l'œdème phlegmoneux des parties sous-jacentes, car les caractères de cet œdème ne rappellent en rien ceux de l'induration chancreuse.

Le chancre induré est constitué, vous le savez, par une ulcération généralement unique, dont le diamètre dépasse toujours celui des ulcérations folliculeuses, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, reposant sur un tissu plus dur parcheminé, donnant une sensation particulière sous les doigts qui le pressent et formant une zone très-limitée qui s'étend à peine au delà de la surface ulcérée.

De plus, s'il y a de l'adénite inguinale dans les cas de folliculite, comme cela avait lieu chez notre malade, cette adénite est aiguë, douloureuse et n'intéresse qu'un seul ganglion, au lieu de former ces chapelets indolents, à ganglions multiples superposés, qui sont le propre de l'adénite syphilitique. Mais les deux affections peuvent coexister; l'inoculation syphilitique peut se faire par les surfaces que l'inflammation folliculaire a dénudées, et alors on peut voir un grand nombre de chancres se développer simultanément. M. Huguier en a compté, dans un cas, jus-

qu'à vingt-sept qui siégeaient ainsi dans des follicules enflammés. Cette multiplicité des ulcérations, qui n'est pas rare dans les cas de chancres mous, non infectants, est souvent de nature à compliquer singulièrement le diagnostic, en permettant de confondre ces ulcérations avec celles de la folliculite simple ou même de l'herpès.

Les petites granulations qui marquent le début de la folliculite, celles de l'acné et celles plus volumineuses de l'acné varioliforme, pourraient être prises pour des éruptions syphilitiques de la période secondaire, et en particulier soit pour des syphilides papuleuses, soit pour de petites gommes. C'est alors que l'absence de l'adénite ganglionnaire spécifique, et de toute autre manifestation syphilitique sur le reste du corps, sera d'un grand secours pour éclairer le diagnostic, sans préjudice de l'étude attentive de tous les autres caractères essentiels de la lésion locale, que je vous ai assez longuement énumérés pour ne pas avoir besoin de vous les rappeler en ce moment, où il serait également superflu de vous parler des plaques muqueuses ou des végétations, qui n'ont rien de commun avec les altérations qui nous occupent.

Dans cette rapide énumération des principales altérations vulvaires, je ne vous ai parlé que très-incidemment, Messieurs, de la vulvite phlegmoneuse, sur laquelle je me propose de revenir, et je vous ai dit que l'inflammation des follicules vulvaires peut se produire assez souvent pendant la grossesse, en dehors même de toute autre influence étiologique. Mais je ne vous ai pas encore dit un mot de la vulvite simple. Ce n'est pas que je conteste son existence. A

défaut d'autre cause, là comme ailleurs, le traumatisme peut être le point de départ d'une phlegmasie souvent très-intense. Cependant le fait est assez rare chez l'adulte, car, même avec des habitudes de masturbation très-invétérées, même dans des cas de prurit déterminant des démangeaisons telles que les malades sont entraînées à se gratter sans relâche et avec une véritable fureur, si bien que l'on voit les lèvres et l'entrée de la vulve souvent excoriées par de larges coups d'ongle, si l'on trouve la peau rugueuse et flétrie, si l'on remarque parfois que les poils recouvrant ces parties sont usés par le frottement, on n'y constate que très-exceptionnellement la présence d'une inflammation véritable.

Il n'en est pas de même chez les petites filles qui, même dès les premiers mois qui suivent leur naissance, tout comme plus tard, peuvent présenter une véritable inflammation vulvaire caractérisée par de la rougeur, de la tuméfaction douloureuse, avec une chaleur insolite et une sécrétion muco-purulente souvent abondante. Cette phlegmasie, à laquelle on ne saurait dans certains cas refuser un caractère véritablement catarrhal, paraît se produire surtout aux moments où se font les diverses poussées du travail de la dentition.

Parfois la question du diagnostic de cette affection se complique d'un problème médico-légal, dans les cas où l'on a lieu de soupçonner soit une tentative de viol, soit un simple attentat à la pudeur. Le traumatisme exercé sur les organes génitaux, soit par les tentatives d'intromission du membre viril, soit par de simples attouchements faits avec le doigt, peut en effet déterminer une inflammation qu'il y a grand intérêt

à savoir distinguer de celle qui s'est développée sous l'influence d'autres causes. Lorsqu'il en est ainsi, il est bien rare que l'on ne trouve pas sur les parties génitales, au niveau des grandes lèvres ou de la fourchette ou même sur la face interne des cuisses, des traces de contusion ou des éraillures qui soient de nature à faire reconnaître le traumatisme. On s'est demandé, il est vrai, si sous l'influence seule d'une inflammation très-violente il ne pourrait pas se produire à la vulve des suffusions sanguines sous-muqueuses, formant de véritables taches ecchymotiques tout à fait semblables, quant à l'aspect, à celles qui seraient le résultat d'une contusion. Mais cette assertion, qui a été victorieusement combattue par M. Tardieu, est absolument erronée, et il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Tenez donc pour certain que dans tous les cas où vous rencontrerez ces ecchymoses à la vulve, il y aura eu sur ces parties contact d'un corps dur, les ayant contusionnées. Ce sera ensuite à l'instruction qu'il appartiendra de déterminer quel était ce corps dur; ce qui n'est presque jamais de notre compétence.

Cependant nous pouvons souvent apporter de précieux éclaircissements à la justice en constatant la présence du sperme dans les taches trouvées sur le linge de la jeune fille, ou en constatant que le prévenu est affecté soit d'ulcérations spécifiques, soit d'un écoulement virulent qu'il aurait transmis à sa victime. Mais ce sont là des questions purement médico-légales dans le détail desquelles, malgré leur importance, je ne dois pas entrer en ce moment. Il me suffira de vous dire, à propos de l'écoulement blennorrhagique virulent, que rien ne permet de le distinguer d'un écoulement

simple dû à une phlegmasie muqueuse catarrhale ou autre, ainsi que le prouvent les recherches infructueuses entreprises par M. Bernutz à ce sujet. Il n'est pas jusqu'au siége même de l'écoulement qui ne doive laisser des doutes dans l'esprit, car s'il est vrai que l'inflammation virulente a plus de tendance que toute autre à se propager vers l'urèthre, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut aussi s'étendre vers le vagin, même sans qu'il y ait eu déchirure de l'hymen, et que d'un autre côté l'inflammation dépendant d'une tout autre cause, qu'elle soit catarrhale ou traumatique, peut parfaitement avoir son point de départ au niveau du méat urinaire et de là s'étendre aux parties voisines. C'est ce que M. Durand-Fardel (1) a parfaitement établi dans un excellent travail déjà ancien dans lequel il nous a appris que : « La vulvite due à la violence est bornée à la vulve et au méat ou au canal de l'urèthre, tandis qu'il est extrêmement rare que l'on observe cette circonscription dans la vulvite spontanée ; de plus, la vulvite traumatique présente une rougeur plus vive de la muqueuse et un état d'éréthisme des petites lèvres plus marqué que la vulvite spontanée, qui est ordinairement chronique, de date plus ancienne et cède plus difficilement aux moyens employés pour la combattre. »

Vous devez du reste savoir que la phlegmasie vulvaire peut être la conséquence, non pas seulement d'une tentative de viol qui aurait amené un commencement de déchirure, ou même un simple refoulement de l'hy-

(1) Durand-Fardel, *Mémoire sur la blennorrhagie chez la femme. Journ. des coum. medic. chirurg.* Juillet, 1840.)

men, mais qu'elle peut survenir également avec une intensité en apparence aussi grande à la suite de simples frottements, pratiqués avec le membre viril, ou d'attouchements libidineux exercés soit avec le doigt soit avec tout autre corps sur des organes qui n'ont pas encore acquis leur entier développement et dont la délicatesse et la vascularisation si grandes les disposent sans doute à être plus facilement accessibles à l'inflammation. C'est pourquoi la masturbation, qui exerce si peu d'influence à cet égard sur les organes d'une femme adulte, en a une si grande sur ceux d'une petite fille. Il en sera de même de la masturbation exercée soit par une main étrangère, soit par un membre viril, cette dernière ayant lieu plus souvent que Fleetwood Churchill ne paraît le croire lorsqu'il dit (1) :

« On prétend que, sans employer aucune force, les frictions exercées par le pénis peuvent donner lieu à de l'irritation ou même à une vive inflammation ; mais sans parler de l'improbabilité qu'il y a à ce qu'un homme dans l'éréthisme vénérien prenne tant de précautions, je doute fort qu'une inflammation ainsi produite suive la marche de la maladie dont nous parlons. »

Je puis vous affirmer, pour l'avoir constaté maintes fois dans des expertises judiciaires, que cette inflammation peut se produire et se produit en effet avec toute son intensité dans les circonstances indiquées par l'auteur irlandais. On reconnaît qu'il n'y a pas eu de violences, indépendamment des déclarations de l'enfant, à ce que dans ces cas l'inflammation est

(1) Churchill Fleetwood, *Traité pratique des maladies des femmes*. Édit. Leblond, p. 71.

presque toujours limitée aux parties les plus externes et les plus supérieures de la vulve ; elle intéresse surtout les petites lèvres, le méat et le clitoris, et s'étend moins du côté de la fourchette et du vagin. L'hymen est alors non-seulement intact, mais il ne présente le plus souvent qu'une rougeur très-modérée, contrastant avec l'extrême turgescence du système clitoridien, qui est surtout fort remarquable quand les manœuvres ont été souvent répétées.

Quant à ce qu'un homme puisse prendre au milieu de l'orgasme vénérien les précautions voulues pour ménager la membrane hymen et s'imposer l'obligation d'éviter toute tentative de pénétration dans le vagin, ce n'est pas chose rare. On voit bien d'autres précautions, plus minutieuses encore et exigeant une entière liberté d'esprit, être prises journellement pendant l'acte de la copulation ; et il n'est pas rare de rencontrer des libertins qui abusent de l'innocence de tout jeunes enfants, en satisfaisant leurs ignobles passions, sans s'exposer à aucun effort d'intromission qui puisse permettre de supposer qu'il y ait eu de leur part tentative de viol. Parmi les faits de ce genre qui sont passés sous mes yeux, je puis citer celui d'un individu qui a été condamné par la cour d'assises de la Seine, pour attentat commis sur sa propre fille. D'après les déclarations de l'enfant, le magistrat chargé de l'instruction avait cru d'abord que cet homme se livrait sur elle à des actes de pédérastie. Mais l'examen direct des organes me montra qu'il n'en était rien et que non-seulement l'anus était sain, mais que l'hymen lui-même n'était ni déchiré ni enflammé, quoique toute la vulve fût rouge, tuméfiée et baignée de mucosités purulentes. Le clito-

ris et les nymphes particulièrement turgides avaient acquis un développement anormal et proéminaient entre les grandes lèvres. Enfin je constatai sur la partie antérieure de la chemise de nombreuses taches de sperme. J'en dus conclure que cet individu, ayant couché l'enfant sur le ventre, comme elle l'avait dit, puis se plaçant derrière elle, avait insinué son membre viril entre les cuisses sans chercher à pénétrer ni dans le rectum ni dans le vagin et s'était livré à une sorte de masturbation dans le cours de laquelle les parties antérieures de la vulve, c'est-à-dire le clitoris et les nymphes, avaient dû être forcément titillées, soit par le contact du gland, soit par celui des doigts de l'homme dont les bras entouraient le corps de l'enfant. Ces excitations souvent répétées me parurent suffisantes pour expliquer à la fois et le développement tout à fait prématuré de ces organes et la production de l'inflammation vulvaire qui était plus spécialement concentrée autour d'eux. Les aveux faits à l'audience confirmèrent cette manière d'interpréter les faits.

Rappelez-vous seulement, à propos de cette inflammation, due au traumatisme, qu'elle se dissipe très-rapidement, ainsi que l'écoulement auquel elle donne lieu, et qu'il suffit d'un peu de repos, combiné avec de simples lavages émollients pour la faire disparaître, tandis qu'il n'en est pas de même de l'écoulement blennorrhagique virulent.

Je n'ai que peu de chose à vous dire du traitement de toutes les inflammations vulvaires dont je viens de vous entretenir. Comme elles dépendent le plus souvent, soit du défaut de soins de propreté, soit de

fatigues ou d'excitations excessives et surtout trop précoces, soit d'un véritable traumatisme, le repos, les lotions émollientes ou les cataplasmes, les bains, suffisent pour les dissiper, comme cela a eu lieu en moins d'une semaine chez notre malade du numéro 8 de la salle du Rosaire. Dans quelques cas plus tenaces il faut, vers le déclin de la maladie, surtout si les ulcérations tardent à se cicatriser, employer ou des lotions alcalines, ou même des lotions astringentes avec le vin aromatique, l'alcool, l'eau blanche, etc. On peut même toucher légèrement avec le bout du crayon d'azotate d'argent les ulcérations les plus rebelles, et quelques jours suffisent alors pour les faire disparaître.

Quant aux boutons d'acné, on peut les vider en les incisant avec la pointe d'un bistouri et en cautériser ensuite la cavité, ou même les enlever par excision, comme Huguier le conseille; ce qui est surtout indiqué lorsqu'ils sont pédiculés, car il suffit alors d'un simple coup de ciseau pour en débarrasser la malade.

II. — Inflammations de la glande vulvo-vaginale et de son conduit.

Messieurs,

La glande vulvo-vaginale peut aussi être le siége d'altérations diverses, qui ont été décrites avec le plus grand soin par M. Huguier. Il ne lui a pas trouvé moins de douze maladies différentes, divisées par lui en deux classes principales.

A la première classe il rattache toutes celles qui dépendent d'une stimulation ou d'une irritation plus ou moins grande et qui sont :

1° L'hypersécrétion simple;

2° L'hypersécrétion mucoso-purulente;

3° L'engorgement ou inflammation chronique;

3° L'induration et la dégénérescence fibreuse de la glande;

5° L'inflammation aiguë du corps folliculeux;

6° Les abcès de son parenchyme;

7° Les abcès de la cavité excrétoire;

8° Les altérations de l'orifice du conduit excréteur et les kystes de l'appareil glanduleux, qu'il rattache aux abcès de la cavité excrétoire, afin, dit-il, de ne pas multiplier les divisions.

Dans la deuxième classe il range les affections syphilitiques ou vénériennes, telles que :

1° La blennorrhagie vénérienne;

2° Les chancres;

3° Les abcès vénériens ;

4° Les végétations.

Je ne le suivrai pas dans la description de chacune de ces espèces morbides qui, si nombreuses soient-elles, ne comprennent même pas toutes les affections qui peuvent affecter la glande vulvo-vaginale. Ainsi je n'y vois pas figurer le cancer, et cette lacune ne peut pas être considérée comme involontaire, car je sais pertinemment que M. Huguier en avait observé au moins un cas qui lui avait été communiqué par M. Demarquay.

Je ne veux cependant pas entreprendre la description d'espèces plus nombreuses que celles dont je viens de vous donner la liste et, bien au contraire, je dois m'efforcer d'en réduire le nombre le plus possible. Aussi, en ce qui concerne la deuxième classe,

comme elle ne comprend que des espèces se rapportant à une maladie générale, l'affection syphilitique ou même vénérienne, les altérations de la glande vulvo-vaginale ou de son conduit qui surviennent alors n'ont plus pour nous qu'un intérêt tout à fait secondaire et doivent être forcément rattachées à la description de la maladie de laquelle elles dépendent. Nous n'avons donc à nous occuper que des maladies comprises dans la première classe. Mais il nous suffit d'y regarder de près pour voir que les sept ou huit espèces qui la composent ne sont pas autant de maladies différentes, et qu'à des degrés divers ces états morbides procèdent tous du mode inflammatoire auquel il convient de les rattacher, en les considérant comme autant de manifestations de l'état phlegmasique aux diverses phases de son évolution.

Deux exemples se sont passés tout dernièrement sous vos yeux de ces inflammations de la glande vulvo-vaginale : l'un vous a été offert par cette malade qui est encore couchée au numéro 33 de la salle du Rosaire et dont je vous rapporterai l'histoire dans un instant ; l'autre par une femme qui est venue à la consultation et que j'ai vainement sollicitée d'entrer à l'hôpital. Elle présentait un de ces abcès tout à fait typiques de la glande vulvo-vaginale du côté gauche, dont la description a été si minutieusement faite et avec une si grande vérité de détails par M. Huguier, que je ne puis m'empêcher de la mettre textuellement sous vos yeux (1) :

(1) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes*, p. 152.

« La tumeur, qui d'abord était, dit-il, pour ainsi dire cachée dans l'épaisseur de la grande lèvre et n'était visible qu'en repoussant ce repli au dehors, augmente rapidement de volume, acquiert celui d'une



Fig. 83. — Abcès de la glande vulvo-vaginale du côté gauche (d'après Huguier).

noix, quelquefois celui d'une petite poire, mais ne le dépasse que rarement ; elle devient très-sensible à la vue et fait éprouver à la lèvre des changements d'autant plus importants à noter qu'ils sont constants et

presque caractéristiques de cette espèce d'abcès. Le repli vulvaire, au lieu de s'offrir, comme à l'état normal, sous la forme d'un bourrelet terminé à ses extrémités en pente douce et presque insensible sur les parties voisines, s'allonge, se renfle à son extrémité postérieure et devient piriforme (*fig.* 83). Cette extrémité dépasse le niveau et descend au-dessous de celle du côté opposé ; elle se détache franchement et nettement de la région anale. La tumeur est toujours plus bombée vers sa surface interne qu'à sa surface externe, à moins qu'il n'y ait en même temps, — ce que nous n'avons observé qu'une seule fois, — abcès des deux côtés; alors les tumeurs, qui se correspondent par leur face interne, s'aplatissent l'une contre l'autre, et la surface externe est plus convexe. L'extrémité supérieure de la lèvre n'a subi aucun changement, et son corps est simplement renflé en raison du développement de son extrémité anale.

« Par suite de la dilatation de cette dernière et de la saillie qu'elle forme, surtout en dedans, l'extrémité inférieure de la nymphe correspondante est elle-même déplissée, effacée, et ce repli muqueux de la vulve est devenu plus court que celui du côté opposé; les caroncules elles-mêmes peuvent être effacées : l'entrée du vagin est plus ou moins hermétiquement fermée; dans quelques cas, cette occlusion est telle qu'elle retient dans ce conduit les liquides utéro-vaginaux.

« Lorsque l'on touche et palpe la lèvre, on reconnaît tout de suite que ses deux tiers supérieurs ont conservé leur souplesse, leur consistance, leur sensibilité naturelles, et qu'ils sont tout à fait étrangers

aux phénomènes morbides dont se plaint la malade. Il n'en est pas de même du tiers inférieur, au milieu duquel on sent une tumeur arrondie bien limitée et plus ou moins rénitante, suivant son degré d'inflammation et la quantité de pus qu'elle renferme; tumeur qui devient surtout sensible et même douloureuse lorsqu'on la presse entre deux doigts. Comme le pus qu'elle contient s'est développé dans l'épaisseur de la glande, assez loin des surfaces cutanée et muqueuse, elle reste ferme et dure pendant les deux ou trois premiers jours, puis peu à peu elle se ramollit et devient fluctuante du centre à la circonférence; mais comme le corps glandulenx est beaucoup plus rapproché de la muqueuse de la lèvre ou de sa surface interne que de la surface cutanée et de son bord libre, la fluctuation se manifeste d'abord en dedans et est toujours plus prononcée, plus facile à percevoir dans ce point que sur toute autre partie de la tumeur, qui reste constamment résistante et élastique, surtout là où elle correspond à la branche ascendante de l'ischion. Lorsqu'il en est autrement, on peut assurer qu'on a affaire à un abcès d'une autre espèce que celui qui nous occupe.

« Tous ces changements survenus dans la disposition et la sensibilité de l'extrémité anale de la lèvre sont purement mécaniques, lui sont en quelque sorte étrangers; ils n'arrivent que consécutivement à ceux développés dans la glande vulvo-vaginale : aussi la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de toute la lèvre ont-ils conservé leur sensibilité, leur couleur, leur chaleur et leur souplesse normales; on peut parfaitement pincer, soulever la peau et la faire glisser

sur l'abcès, avec lequel elle n'a contracté aucune adhérence.

« Au contraire, la membrane muqueuse de la lèvre et de l'entrée de la vulve qui tapisse la surface interne de la tumeur est rouge, tendue, luisante, douloureuse et y adhère. L'inflammation s'y est propagée avec facilité et promptitude; ce qui s'explique, du reste, par la plus grande proximité de l'abcès, par la continuité de cette muqueuse avec celle du conduit excréteur de la glande et par la distension que le pus qui se porte de ce côté lui fait éprouver. »

Avec une telle description, nous n'avons pas besoin d'insister sur le diagnostic différentiel. Cette tumeur arrondie inférieurement, qui se détache nettement et de l'anus et de l'ischion, empêche de songer soit aux abcès stercoraux, soit aux abcès pré-recto-vulvaires, soit même aux abcès ossifluents dépendant d'une maladie de l'ischion, avec lesquels il pourrait être possible de confondre les abcès de la glande vulvo-vaginale si on n'était pas suffisamment prévenu. D'un autre côté, son effilement vers la partie supérieure de la vulve qui reste libre, l'absence de rougeur et surtout d'éruption à la peau différencient suffisamment ces abcès des inflammations dues à la folliculite vulvaire, même lorsque ces dernières sont, comme chez la malade qui nous a occupés précédemment, limitées à un seul côté de la vulve.

L'inflammation phlegmoneuse de la vulve est chose rare; elle peut cependant se terminer par suppuration et donner lieu à des abcès qui siégent aussi dans l'épaisseur de la grande lèvre. Mais alors, contrairement à ce qui a lieu dans les abcès de la glande, c'est

la partie externe de la grande lèvre qui est principalement affectée; c'est en dehors et non en dedans que l'on constate la tuméfaction, la rougeur, et plus tard la fluctuation; et tous ces phénomènes s'observent



Fig. 84. — Inflammation phlegmoneuse de la vulve affectant les petites lèvres. (Cette figure est tirée de l'atlas inédit de M. Huguier.)

plutôt vers la partie moyenne que vers la partie inférieure de la grande lèvre. Enfin, au contraire de l'inflammation de la glande vaginale, qui affecte presque toujours un seul côté, — à ce point que Huguier n'a vu qu'une seule fois les deux côtés être pris en

même temps, — et a une prédilection marquée pour le côté gauche, l'inflammation phlegmoneuse se généralise le plus habituellement et envahit la totalité de la vulve. Les nymphes et le clitoris ne tardent pas à participer à la tuméfaction (*fig.* 84) et à la rougeur qui se peuvent prolonger jusqu'au mont de Vénus.

L'inflammation de la glande vulvo-vaginale est une maladie de la jeunesse plutôt encore que de l'âge adulte. C'est entre dix-huit et vingt-sept ans qu'on l'observe le plus fréquemment; elle se voit rarement avant dix-sept ans et presque jamais après quarante-cinq. Son développement est donc intimement lié au fonctionnement des organes génitaux. La vérité est qu'elle se montre surtout à l'époque des premiers rapprochements sexuels et plus particulièrement quand ils ont lieu sans réserve ni mesure et pendant le cours de l'éruption menstruelle. On a pensé pouvoir l'attribuer à l'attrition exercée sur ces parties par l'introduction du membre viril; mais Huguier conteste cette étiologie et se refuse énergiquement à y voir un effet de traumatisme ou de contusion. Pour lui, la maladie est tout simplement la conséquence de la suractivité fonctionnelle de la glande, surexcitée par les sensations voluptueuses de l'acte sexuel, et elle peut se produire tout aussi bien sans l'accomplissement de cet acte, si la femme est adonnée à la masturbation ou même plus simplement encore si elle se complaît dans des lectures ou dans des contemplations érotiques. Il n'y a d'abord qu'une simple hypersécrétion du liquide glanduleux, qui est souvent projeté, par une sorte d'éjaculation, à travers l'orifice du conduit, sous forme d'un liquide incolore, parfai-

tement transparent et un peu visqueux. Plus tard, ce liquide peut devenir un peu louche, purulent, s'il séjourne trop longtemps dans le canal excréteur; enfin la glande, qui fonctionne outre mesure, peut s'hypertrophier, s'indurer, et la composition du liquide peut se ressentir de cette altération de son tissu. Ce sont là les trois premières espèces morbides décrites par M. Huguier ; je les considère comme les préludes de l'inflammation aiguë qui survient plus tard et qui peut se fixer soit dans la glande elle-même, soit dans son conduit.

Les récidives, qui sont toujours à redouter, sont bien plus fréquentes encore lorsque l'abcès s'est formé dans le conduit plutôt que dans l'épaisseur de la glande. C'est alors que l'on voit se reproduire ces abcès à répétition qui surviennent presque périodiquement chaque mois, au moment de l'époque menstruelle, et qui causent le désespoir de bien des femmes, jusqu'au jour où l'on se décide enfin à les débarrasser par une intervention plus hardie et plus complète.

C'est ainsi que les choses paraissent s'être passées chez notre malade du n° 33, demoiselle de magasin, aujourd'hui âgée de vingt ans, et sur les habitudes galantes de laquelle je n'ai pas besoin d'insister. Presque aussitôt après ses premiers rapports sexuels, qui ont été continués pendant la durée des règles, elle a eu un abcès de la grande lèvre gauche, qui s'est terminé par suppuration et a été ouvert. Après quelques mois de repos, passés à la campagne, elle a recommencé ses ébats, et l'abcès s'est reproduit à diverses reprises, toujours un peu

après les règles, s'ouvrant de lui-même au bout de trois ou quatre jours; mais la malade n'était jamais complètement débarrassée, et elle sentait toujours à la base de la grande lèvre gauche une petite tuméfaction qui devenait douloureuse pendant le coït. Il y a trois mois l'abcès s'étant reproduit, on en fit l'excision, après l'avoir ouvert, et depuis lors elle est parfaitement guérie, si bien qu'à sa dernière époque, se croyant reprise de son affection ancienne, elle est entrée dans mon service, et je n'ai pu trouver ni tuméfaction, ni abcès de la glande vulvo-vaginale. Je vous ai montré, à la face interne de la grande lèvre, au niveau du point où se termine la nymphe, une petite cicatrice linéaire verticale de un centimètre environ, qui est la seule trace de sa maladie ancienne et de l'opération qui me paraît l'en avoir définitivement délivrée.

C'est en effet par une opération chirurgicale et non autrement, que l'on peut guérir les abcès de la glande vulvo-vaginale, aussi bien que ceux de son conduit et les kystes qui peuvent leur succéder. L'incision simple est toujours préférable, et il est rare qu'elle ne réussisse pas, quand elle est faite hardiment. Elle doit être pratiquée sur la face interne de la grande lèvre, dans le pli qui la sépare de la nymphe, là du reste où la fluctuation est le plus manifeste; il faut la prolonger jusqu'au niveau de la fourchette, au-dessous du point où débouche le conduit de la glande vulvo-vaginale. Ce long débridement est indispensable pour éviter la formation des clapiers. On panse avec de la charpie, pour éviter une réunion trop rapide, et si l'on est en présence d'une cavité paraissant revêtue

d'une membrane organisée de façon à ce que l'on puisse avoir affaire au canal dilaté et suppuré, on doit en favoriser l'exfoliation en pratiquant des cautérisations avec l'azotate d'argent. Cette manière de procéder m'a toujours réussi, et je n'ai eu, jusqu'à présent, jamais besoin de recourir à l'excision, qui peut cependant être utile dans certains cas, et que je n'hésiterais pas à pratiquer, soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri, si je me trouvais en présence d'un abcès assez rebelle pour qu'il devînt indispensable d'y avoir recours.

Il arrive souvent que l'ouverture reste fistuleuse, surtout lorsqu'il s'est agi d'un abcès ou d'un kyste du conduit excréteur de la glande; mais cela n'a aucune importance lorsque l'orifice anormal demeure caché dans le fond du repli nympho-labial et que les sécrétions qu'il déverse se mêlent aux autres liquides provenant de la vulve et du vagin.

Cependant il peut y avoir parfois autour de ce petit orifice un travail d'irritation qui devient le point de départ de symptômes douloureux ou même de phénomènes réflexes dont j'aurai plus tard à vous entretenir. Il peut arriver aussi qu'il soit la porte ouverte à une infection syphilitique, en facilitant l'inoculation du pus chancreux; à tous ces titres il doit être surveillé avec la plus grande attention et il peut y avoir intérêt à hâter sa cicatrisation en le cautérisant légèrement avec le nitrate d'argent.

Si l'inoculation syphilitique est plus spécialement favorisée par l'ulcération de cet orifice, celle du pus blennorrhagique peut se faire, même si la muqueuse du conduit est demeurée parfaitement intacte, et il

n'est pas rare de voir la blennorrhagie virulente s'y localiser, même alors qu'il n'en reste plus trace dans le vagin. C'est le point de départ de ces explosions soudaines et en apparence inexplicables, de nouveaux retours d'une vaginite considérée comme guérie.

Ai-je besoin d'ajouter, à propos du traitement, qu'avant d'ouvrir l'abcès il faut employer les émollients (cataplasmes, lotions et bains) et que souvent il faut donner de légers narcotiques (opium ou chloral) pour calmer les douleurs et procurer un peu de sommeil, surtout pendant les premiers jours où l'inflammation n'est pas sans déterminer quelque de réaction fébrile ? Il survient parfois aussi un peu d'état saburral qui commande l'emploi d'une purgation saline, laquelle sera souvent d'autant plus avantageusement réitérée pendant la convalescence que la constipation pourrait rendre les efforts de défécation extrêmement douloureux.

VIII

INFLAMMATIONS DU VAGIN ET DE L'URÈTHRE.

1° *Vaginite.* — Des diverses espèces de vaginite. — Elles ne diffèrent ni par les lésions ni par les symptômes. — Description des symptômes. — Caractères spéciaux de la blennorrhagie virulente. — Sa transmission par contagion. — Sa spécificité. — Son extension aux yeux, aux articulations. — Sa propagation à l'urèthre et aux canaux des glandes vulvaires; au rectum et au tissu sous-muqueux; à la muqueuse utérine et à l'ovaire. — La vaginite granuleuse. — Conséquences médico-légales. — Traitement. — Émollients et légers antiphlogistiques dans la vaginite simple. — Caustiques et cathérétiques dans la vaginite catarrhale ou blennorrhagique.

2° *Polypes de l'urèthre.* — Leur structure anatomique. — Espèces et variétés. — Symptômes. — Douleur et troubles fonctionnels. — Diagnostic. — Étiologie. — Traitement. — Insuffisance des cautérisations légères. — Nécessité d'une destruction complète. — Inconvénients des caustiques énergiques. — Dangers de l'excision par instrument tranchant. — Ablation par ligature. — Supériorité du thermo-cautère ou du galvano-cautère.

I. — De la vaginite.

Messieurs,

L'inflammation du vagin peut être simple, traumatique ou spécifique, et, dans tous les cas, elle se révèle par un écoulement purulent plus ou moins abondant, dont les caractères physiques ne diffèrent pas suivant la nature de la phlegmasie.

Ici, nous ne pouvons, comme nous l'avons fait pour la vulve, considérer cette sécrétion morbide comme étant fournie par des glandes qui, l'anatomie nous l'a démontré (1), n'existent pas sur la muqueuse vaginale, quoique dans une des formes de la vaginite nous trouvions cette muqueuse couverte d'une multitude de petites saillies rougeâtres que l'on serait tenté de prendre, à première vue, pour des follicules hypertrophiés et enflammés.

Le liquide puriforme qui inonde alors le vagin n'est autre chose que le produit d'une simple exfoliation de la couche la plus superficielle de la muqueuse ; aussi, à côté d'un certain nombre de globules purulents y rencontre-t-on une quantité considérable de cellules épithéliales plus ou moins déformées. Il fut un temps où le microscope avait eu la prétention (quelles prétentions n'a-t-il pas eues !) de permettre de reconnaître l'écoulement virulent de la blennorrhagie spécifique de celui qui est fourni par une phlegmasie simple ou traumatique de la muqueuse vaginale. C'est lorsque Donné eût découvert le microzoaire qu'il a décrit sous le nom de *Trichomonas vaginalis* (*fig.* 85).



Fig. 85. — Trichomonas vaginalis.

Mais ce qui diminue singulièrement l'importance de cet infusoire, c'est qu'il se rencontre, avec un certain nombre d'algues et de vibrions, quand les sécré-

(1) Voyez p. 106.

tions sont abondantes et que, faute de lotions suffisantes, elles séjournent assez longtemps dans le vagin pour pouvoir y être soumises au travail de la fermentation putride ; il ne manque jamais de se développer dans ces conditions d'hypersécrétion et de malpropreté, alors même qu'il n'y aurait aucune trace de blennorrhagie virulente.

Des recherches plus récentes que celles de Donné ont été entreprises et poursuivies avec persévérance à l'hôpital de Lourcine par M. Bernutz sans qu'on ait pu arriver à découvrir un seul signe qui permît de distinguer l'écoulement virulent blennorrhagique de l'écoulement formé par la vaginite simplement inflammatoire.

Quant aux symptômes propres à l'inflammation de la muqueuse vaginale, ils sont absolument les mêmes, que cette inflammation soit simple ou virulente. Il n'y a, au début, qu'une sensation de chaleur et de cuisson avec sécheresse des parties, dont la sécrétion, consistant d'abord en un mucus simplement incolore, ne tarde pas à devenir puriforme, puis tout à fait purulente.

L'écoulement est alors abondant et forme sur le linge de larges taches d'un jaune verdâtre. En même temps les sensations douloureuses deviennent plus intenses et, l'inflammation gagnant la vulve, il en résulte que les malades éprouvent dans cette partie une tension, un gonflement manifeste qui les empêche de marcher, qui les gêne pour s'asseoir. Elles ont aussi du gonflement dans les aines, dont les ganglions s'enflamment et peuvent même s'abcéder.

La tension gagne quelquefois l'abdomen et lorsque l'inflammation se propage jusqu'à l'utérus il peut y

avoir des symptômes de péritonite; mais c'est là une complication extrêmement rare. Si, dans l'autre sens, l'inflammation gagne l'urèthre — ce qui est assez rare dans les cas d'inflammation phlegmoneuse ou traumatique, ce que M. Alph. Guérin a démontré être la règle dans la vaginite virulente — les malades peuvent éprouver une sensation de cuisson ou tout au moins d'ardeur en urinant.

L'examen direct permet de constater la rougeur, la tuméfaction de la muqueuse et des tissus sous-jacents, qui existe à partir du vestibule, et comprend le plus souvent toute la vulve, mais qui devient surtout apparente lorsqu'on écarte les lèvres pour pénétrer dans le vagin. On trouve alors ce conduit baigné de pus verdâtre, accumulé en général sur la paroi postérieure, mais retenu aussi, par suite de la contraction spasmodique du vagin, dans tous les replis de la muqueuse et surtout dans les culs-de-sac qui entourent le museau de tanche. Pour arriver à cette constatation il faut introduire le spéculum, ce qui, en cas pareil, constitue une opération toujours douloureuse et à laquelle il importe de ne procéder qu'avec de grands ménagements, sous peine de déterminer des éraillures ou des déchirures qui amèneraient un écoulement de sang, et pourraient même causer des déchirures auxquelles succéderaient plus tard des brides cicatricielles, dont la présence serait une véritable infirmité devant nécessiter par la suite une opération chirurgicale. Vous pouvez vous renseigner exactement sur cette difficulté d'introduire le spéculum en pratiquant d'abord le toucher avec le doigt, qui sera serré dans le vagin, et y constatera, outre la chaleur,

la rugosité de la muqueuse appréciable non pas seulement au début lorsqu'il y a de la sécheresse, mais même plus tard quand la muqueuse est lubréfiée par une sécrétion purulente abondante.

Dans ces cas le col de l'utérus est toujours rouge, violacé, tuméfié, comme la muqueuse vaginale ; il peut être même le siège d'ulcérations superficielles qui se prolongent jusque dans l'intérieur de sa cavité.

Si les symptômes objectifs de l'inflammation vaginale ne nous permettent pas de reconnaître celle qui se présente à l'état de simplicité et de la distinguer de l'inflammation virulente ou blennorrhagique, nous devons nous demander à quels signes la clinique nous permettra d'établir cette distinction, si importante à tous égards. C'est à l'ensemble des caractères de la maladie, à sa marche, à sa persistance, à sa ténacité plus rebelle dans la blennorrhagie que dans la vaginite simple, enfin à son étiologie. Ces caractères ne sont cependant pas tellement tranchés qu'ils aient frappé tous les esprits, et il se trouve encore des auteurs fort recommandables qui nient la spécificité de la blennorrhagie virulente et la considèrent comme pouvant naître, en quelque sorte, de toutes pièces, même en l'absence d'un contact infectieux. Qu'il en soit parfois ainsi cela est très possible, et ce n'est pas à moi, partisan de la spontanéité des maladies contagieuses, qu'il appartiendrait de le contester d'une façon absolue. Mais ce n'est pas la règle générale, tant s'en faut, et la spontanéité étant admise en principe comme une possibilité très acceptable ; il faut bien reconnaître que, en fait et dans l'immense majorité des cas, la blennorrhagie ne se développe chez la femme, tout

comme chez l'homme, que par contagion, à la suite d'un contact impur.

Je sais très-bien tout ce que l'on a dit de l'extrême facilité avec laquelle certains hommes contractent la blennorrhagie avec des femmes qui ne la donnent pas à d'autres, de l'accoutumance qui préserve le mari et dont ne bénéficie pas l'amant, et d'une foule d'autres circonstances analogues, par suite desquelles une femme peut paraître avoir donné la blennorrhagie sans en être elle-même atteinte. Mais tous les faits de ce genre sont susceptibles d'interprétations diverses qui en atténuent singulièrement la valeur.

D'abord, on peut se demander s'il s'agit bien d'une contamination, ou si, au contraire, la blennorrhagie qui survient ainsi : parce qu'on s'est trop *échauffé* avec une femme parfaitement saine ou parce qu'on a eu des rapports avec elle au moment de ses règles et à plus forte raison si cette femme est atteinte d'une maladie quelconque qui entretient chez elle un écoulement leucorrhéique non virulent ; — on peut, dis-je, se demander si la blennorrhagie qui survient alors est bien réellement née dans ces conditions, ou si ce n'est pas autre chose qu'un simple retour d'une même maladie de date plus ancienne, qui vient de faire une explosion nouvelle, après avoir sommeillé pendant un temps plus ou moins long. Ces rémissions de longue durée, suivies de recrudescence, qui se reproduisent sous l'influence d'une cause semblable à celles que je viens d'invoquer, sont choses assez communes dans la marche de la blennorrhagie pour qu'il soit indispensable d'en tenir le plus grand compte.

Dans les autres cas, la maladie ainsi contractée n'est

plus une blennorrhagie, mais bien une simple uréthrite qui devra être dépourvue de toute virulence. L'uréthrite se développe sous l'influence de l'action d'un irritant quelconque ; de simples excitations sexuelles longtemps prolongées peuvent la faire naître. Swiédaur s'en est donné une à lui-même en s'injectant une solution d'ammoniaque suffisamment caustique, et il a reconnu qu'elle avait tous les signes physiques et tous les symptômes fonctionnels de la blennorrhagie; mais il n'est pas allé jusqu'à rechercher si elle en avait la virulence, et en cela son expérience est incomplète.

On voit souvent des accidents de même nature se produire chez les maris de femmes affectées d'écoulements dont l'âcreté est suffisante pour déterminer l'inflammation des muqueuses avec lesquelles ils sont mis en contact; mais, lorsque ces maris sont sûrs de leur propre sagesse et que la vertu de leur épouse est au-dessus de tout soupçon, l'inflammation qui se produit diffère notablement, tant par son intensité que par sa marche et sa durée de la blennorrhagie véritable. Entre autres cas dans lesquels j'ai eu occasion d'observer ce fait, je puis vous citer deux individus dont les femmes étaient affectées d'eczéma de la vulve. Chaque fois que, pendant la durée de l'éruption, ils avaient des rapports conjugaux, ils étaient pris, aussi bien l'un que l'autre, d'une inflammation qui envahissait tout le pourtour du gland sur le bord libre du prépuce et qui se prolongeait jusque dans l'urèthre en donnant lieu à des sensations de chaleur, de cuisson, d'ardeur en urinant d'autant plus comparables avec celles de la chaude-pisse qu'il ne tardait

pas à se produire un écoulement purulent, non pas seulement autour de la rainure du gland, mais aussi par le canal de l'urèthre. Mais, chez l'un comme chez l'autre, cet état inflammatoire était de courte durée, et quelques bains locaux m'ont toujours suffi pour le faire disparaître en tarissant cette suppuration, qui n'a jamais montré la moindre tendance à se perpétuer comme le fait l'écoulement blennorrhagique. Supposez que l'un ou l'autre de ces deux individus ait eu antérieurement une véritable chaude-pisse; si radicalement qu'il eût pu se croire guéri, il n'aurait certainement pas manqué de la voir réapparaître aussi abondante, aussi tenace et aussi virulente que par le passé. Supposez que l'un ou l'autre, tout en étant absolument indemne de tout antécédent virulent, ait été doué de ce tempérament lymphatique et mou sur lequel naissent et se perpétuent si facilement les phlegmasies catarrhales de toute sorte, et nous n'aurions pas manqué de voir se développer et s'éterniser chez lui un catarrhe uréthral avec blennorrhée, à laquelle il n'aurait très probablement manqué qu'une chose pour être une véritable blennorrhagie : la virulence.

La virulence est en effet le caractère essentiel de la blennorrhagie, c'est ce qui établit une distinction fondamentale entre elle et les autres inflammations vaginales qui ne sont pas susceptibles de faire naître, par contagion, une inflammation de même nature. Ces dernières peuvent, comme je vous l'ai déjà dit, se développer sous l'influence de causes diverses et en particulier du traumatisme (suites de couches, d'avortement, introduction de corps étrangers, pessaires, etc)., de la masturbation, du froid, de l'humidité, d'une

mauvaise hygiène ou d'une constitution débile. On les rencontre souvent chez les toutes jeunes filles non pubères, accompagnant la vulvite si commune à cet âge, et procédant des mêmes causes générales ou locales.

Ce qui, outre la virulence, caractérise particulièrement la blennorrhagie et lui imprime d'une façon incontestable le cachet de la spécificité, c'est la propriété qu'elle a de ne pas demeurer limitée exclusivement aux voies génitales et d'envahir simultanément d'autres organes ou d'autres tissus, n'ayant aucune affinité de voisinage ou même de fonctions avec ceux qu'elle a primitivement atteints. Cette généralisation n'a rien de commun avec celle de la syphilis. La question a été parfaitement tranchée par M. Ricord, et il serait au moins oiseux de revenir sur les discussions qu'il a si victorieusement soutenues à ce sujet, puisque, grâce à ses efforts persévérants, personne aujourd'hui ne songe plus à lui contester que la vérole et la blennorrhagie n'ont rien de commun que leur prédilection marquée pour les mêmes organes. Mais, il me semble, et je ne suis pas seul à émettre une semblable opinion que l'illustre Maître entraîné peut-être par les besoins de la démonstration, est allé trop loin en considérant la blennorrhagie comme ne constituant jamais qu'un simple accident local, et en lui contestant la possibilité de se généraliser. On lui a montré des ophthalmies blennorrhagiques, et il n'a voulu y voir que le résultat d'une action locale, provenant du transport sur la conjonctive du pus sécrété par l'urèthre. Il a même expliqué comme quoi cette ophthalmie est infiniment plus rare chez les femmes

que chez les hommes, ces derniers ayant plus souvent occasion de souiller leurs doigts au contact des parties malades. Mais un de ses élèves, qui partage la plupart de ses idées à ce sujet et qui occupe aujourd'hui un des premiers rangs parmi les maîtres, M. Alfred Fournier (1), a fort judicieusement fait remarquer que si cette explication est vraie pour l'une des formes de l'ophthalmie blennorrhagique, dans laquelle les accidents ont une excessive acuité, elle n'est plus admissible pour une autre forme, à marche plus lente, et dans laquelle la maladie a tout à fait les allures du rhumatisme, avec lequel elle coïncide souvent.

Les fluxions articulaires, à forme rhumatismale, constituent un autre mode de généralisation de l'affection blennorrhagique. Elles s'observent aussi dans une proportion bien plus considérable chez les hommes que chez les femmes. La différence est telle que pendant un séjour de quatre années à l'hôpital de Lourcine, où cependant les blennorrhagies ne manquent pas, M. Alphonse Guérin n'a pas pu en observer un seul cas, tandis que l'arthrite blennorrhagique et plus particulièrement celle du genou est si fréquente chez l'homme, que, même en dehors des services spéciaux de l'hôpital du Midi, vous ne resterez pas une année sans en voir plusieurs exemples dans chacun des services généraux que vous pourrez avoir occasion de fréquenter soit à la Pitié, soit à l'Hôtel-Dieu ou ailleurs. Ne pouvant invoquer ici l'action du transport direct du pus contagieux, M. Ricord, dont l'esprit ingénieux n'est jamais pris au dépourvu, a imaginé une autre

(1) A. Fournier, *Nouveau Dict. de méd. et chirurg. pratiques*. Art. BLENNORRHAGIE. Paris, 1866, tome V.

explication. Il a attribué les accidents articulaires non plus au fait même de la blennorrhagie, mais à l'irritation toute locale exercée par cette maladie sur la muqueuse de l'urèthre, les comparant aux accidents analogues qui constituent la fièvre uréthrale, dont les manifestations sont si promptes et si alarmantes à la suite de certains cathétérismes. Il prétend même que si les fluxions articulaires sont fréquentes chez les hommes et exceptionnelles chez les femmes, c'est que chez les uns la maladie siège exclusivement dans l'urèthre, qui n'en serait jamais presque jamais atteint chez les autres. Mais cet argument perd considérablement de sa valeur en présence de ce fait, parfaitement constaté par M. Alphonse Guérin, que la blennorrhagie de la femme affecte l'urèthre en même temps que le vagin.

Comme il arrive toujours pour les opinions trop exclusives, celles de M. Ricord ont provoqué des opinions contradictoires non moins excessives et non moins inadmissibles. C'est ainsi qu'il y a peu d'années, nous avons assisté à la Société des médecins des hôpitaux à une discussion dans laquelle plusieurs de mes plus savants collègues sont allés jusqu'à prétendre que non seulement le rhumatisme, mais toutes les affections intercurrentes, quelle que soit leur nature, qui surviennent chez un individu affecté de blennorrhagie, sont sous la dépendance de cette dernière maladie. A mon avis rien n'autorise à transformer ainsi en relations de causalité des phénomènes qui peuvent n'être reliés entre eux que par une coïncidence toute fortuite.

Je ne suivrai donc pas ceux qui sont entrés dans

cette voie, tout en étant parfaitement convaincu que la blennorrhagie n'est pas une maladie exclusivement locale et que dans nombre de cas — plus souvent chez l'homme, mais aussi quelquefois chez la femme — elle témoigne de sa tendance à se généraliser en intéressant la conjonctive où les séreuses articulaires, en même temps que les muqueuses génitales.

Chez la femme, elle gagne, par voie d'extension, l'urèthre et les conduits des diverses glandes qui s'ouvrent à la vulve, soit au pourtour du méat, soit vers la fourchette et plus particulièrement dans ce dernier point les conduits des glandes vulvo-vaginales où elle se cantonne pour ainsi dire, et où elle persiste parfois pendant un temps assez long après avoir disparu de la surface de tout le reste de la muqueuse. C'est de là que partent souvent des explosions d'une inflammation nouvelle, se reproduisant inopinément sans être justifiée par une nouvelle action contagieuse.

Je vous ai déjà fait prévoir que, suivant le même mode de propagation, l'inflammation blennorrhagique peut gagner le col utérin, sa cavité, puis celle de la matrice et s'étendre jusqu'aux ovaires, pour donner lieu à l'ovarite blennorrhagique dont nous aurons occasion de nous occuper plus tard.

Le rectum est parfois pris aussi d'une inflammation blennorrhagique semblable à celle du vagin, comme vous pouvez l'observer chez la malade qui occupe actuellement le n° 12 de notre salle du Rosaire. Lorsque ce fait se produit, il reste toujours des doutes sur la question de savoir s'il s'agit d'une simple propagation ou d'une contamination plus directe.

Il arrive souvent, et plus souvent même que vous ne

seriez tenté de le penser, que l'inflammation, au lieu de s'étendre en surface, gagne en profondeur et atteint le tissu cellulaire sous-muqueux. C'est ce qui cause cette rudesse, ce défaut d'élasticité des tissus si remarquable dans toutes les formes de la vaginite. J'ai vu souvent, au pourtour de la vulve et vers toute la partie inférieure du vagin, une véritable induration phlegmoneuse qu'il n'est pas possible de rapporter à une autre cause et qui, tout en se dissipant assez rapidement, laisse après elle une certaine contracture douloureuse de l'entrée du vagin qui n'est pas sans jouer parfois un certain rôle dans la production de cet état morbide auquel on a donné le nom de *vaginisme*.

Comme toutes les autres muqueuses celle du vagin peut être envahie par la diphthérite. Il me suffit de vous signaler ce fait sans m'y arrêter. Barnes (1) considère comme assez fréquente une forme de vaginite avec fausse membrane qu'il propose d'appeler *pseudo-diphthéritique*. Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'observer la production d'un exsudat ayant tout à fait l'apparence des néo-membranes sans qu'il y eût la moindre influence spécifique de nature diphthéritique. J'ai montré ce fait à M. Bernutz. C'était chez une femme d'une trentaine d'années, très hystérique et fort hypochondriaque, qui, affectée d'une métrite peu grave, avait imaginé de se soumettre à une diète qui la conduisait vers l'inanition, en même temps qu'elle ne cessait de tourmenter ses organes génitaux et en particulier son vagin par des applications topiques de

(1) Barnes, *Traité cliniq. des malad. des femmes*, trad. A. Cordes, p. 725.

toute sorte, solides ou liquides. Elle a du reste parfaitement guéri, dès qu'elle a voulu consentir, d'après nos conseils, à s'alimenter et à ne faire que les injections strictement nécessaires.

Il existe une forme de vaginite qui, sans être spéciale aux femmes enceintes, se produit surtout pendant les derniers mois de la grossesse. Désignée par Ricord sous le nom de *psorélytrie*, elle a été surtout décrite par Amédée Deville (1). Elle est caractérisée par une éruption plus ou moins confluente de petites élevûres, de granulations d'un rouge vif, disséminées sur toute la surface de la muqueuse vaginale qui est en même temps baignée par une sécrétion puriforme très abondante. Ces granulations qui sont produites par des hypertrophies papillaires disparaissent après l'accouchement, comme les végétations diverses qui peuvent survenir aux parties génitales pendant le cours de la grossesse. Cependant il peut arriver qu'elles persistent un certain temps après la parturition, surtout s'il survient successivement plusieurs grossesses consécutives à des intervalles assez rapprochés et si les soins ordinaires de propreté sont trop négligés.

Malgré toutes les circonstances fâcheuses qui font naître la vaginite granuleuse et qui l'entretiennent souvent bien au delà du terme de la grossesse, elle ne devient jamais contagieuse. C'est là ce qui la distingue essentiellement de la vaginite blennorrhagique virulente, et ce qui contribue à démontrer la spécificité de cette dernière .

Ce fait est d'autant plus intéressant à retenir que

(1) A. Deville, *De la vaginite granuleuse* (*Archives générales de médecine*, 1844).

la femme ainsi affectée peut accuser, et bien à tort comme vous le voyez, son mari de lui avoir transmis une maladie contagieuse. C'est ce qui a eu lieu dans un cas soumis à l'appréciation de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE, et à propos duquel dans un rapport très savamment étudié, M. Lagneau (1) a établi « que « la maladie paraissant avoir consisté en une vaginite « granuleuse, compliquée de métrite, résultait plus « vraisemblablement de prédispositions morbides « favorisées par l'état de gestation que d'une conta- « gion vénérienne; il n'était pas possible d'affirmer « que cette affection fût la conséquence d'une trans- « mission contagieuse. »

Cette circonstance n'est pas la seule à propos de laquelle le médecin peut être invité par la justice à chercher à élucider la question de la genèse et de la transmission des écoulements, blennorrhagiques ou autres, dont des époux peuvent être affectés. Le fait de la contamination de l'un par l'autre pouvant être, dans le plus grand nombre des cas, considéré comme une injure grave qui justifie une demande en séparation de corps, vous comprenez combien dans les procès de cette nature chacun des époux en cause peut avoir intérêt à incriminer son conjoint. Mais vous comprenez aussi combien vous devez être réservés lorsque vous êtes appelés à vous prononcer sur ces importantes et délicates questions. Je vous ai assez longuement entretenu de la difficulté qu'il y a à distinguer un écoulement blennorrhagique virulent d'un

(1) G. Lagneau, *Une vaginite a-t-elle été contractée dans les relations conjugales* (*Bulletin de la Société de médecine légale de France*, t. II, p. 84).

simple écoulement catarrhal, et de la possibilité de voir, sous l'influence de causes en apparence inappréciables, réapparaître une blennorrhagie depuis longtemps endormie, pour que vous évitiez de vous prononcer à la légère dans ces cas où le repos et l'honneur de toute une famille peuvent dépendre de la façon dont vous formulerez votre appréciation.

Le pronostic de la vaginite est subordonné à sa nature. Il est essentiellement favorable dans les cas d'inflammation simple et surtout d'inflammation traumatique, qui guérissent en quelques jours. L'inflammation catarrhale est d'une durée plus longue, surtout chez les sujets à constitution débile et à tempérament lymphatique. Dans ces dernières conditions, la blennorrhagie virulente, qui est toujours plus rebelle, devient presque interminable.

Quelle que soit la nature de la vaginite, son traitement commande avant tout des soins hygiéniques et de propreté, des bains ou des ablutions et des injections d'eau soit tiède, soit un peu fraîche. Dans les cas légers, et si la vaginite est simple, il n'y a pas d'autre prescription à faire. A peine se rencontre-t-il quelques cas plus graves, surtout à la suite de traumatisme, où il convient de recourir aux antiphlogistiques : en appliquant quelques sangsues ; en donnant des bains tièdes prolongés, ou des injections très émollientes avec la décoction de graine de lin, de racine de guimauve et de tête de pavot ; en administrant quelques purgatifs, comme l'huile de ricin, le sulfate de soude ou de magnésie.

Dans la vaginite blennorrhagique, ce traitement, qui cependant doit toujours être employé, au moins

au début, ne suffit pas, et il convient de ne pas attendre trop longtemps pour remplacer les antiphlogistiques et les émollients par des astringents cathérétiques ou même par des caustiques employés localement.

Les injections à l'eau blanche, au tannin, à l'alun et même au nitrate d'argent, sont indiquées, mais il est bien préférable d'employer ces médicaments comme topiques portés plus directement encore sur la surface malade.

M. Alph. Guérin conseille d'appliquer au fond du vagin un tampon d'ouate renfermant une certaine quantité d'alun, et de le laisser en place pendant plusieurs jours. C'est un excellent moyen qui réussit souvent à guérir en très peu de temps une vaginite blennorrhagique aigue, mais qui échoue souvent dans les blennorrhagies chroniques. Le tannin employé de la même façon, soit à l'intérieur d'un tampon, soit à l'état de poudre, projetée directement sur la muqueuse mise à découvert au fond du spéculum, offre les mêmes avantages et les mêmes inconvénients. Il faut souvent avoir recours à l'azotate d'argent. On a conseillé de l'employer à l'état solide, en cautérisant le vagin avec le crayon ; M. Alph. Guérin se contente d'une solution au trentième ; j'ai pris un terme moyen et je me sers d'une solution plus concentrée, au cinquième ou même au quart. Après avoir introduit le spéculum, je badigeonne avec soin toute la cavité vaginale avec un pinceau de charpie trempé dans cette solution et je m'attache à atteindre tous les replis de la muqueuse, en laissant mon pinceau déborder l'extrémité postérieure du spéculum à mesure que je retire l'instrument.

Cette cautérisation un peu énergique n'est pas plus douloureuse que celle qui est faite avec une solution moins concentrée, et elle donne des résultats bien plus certains. Seulement, il faut prescrire un grand bain ou tout au moins des lotions fraîches aussitôt après l'avoir pratiquée, ne pas faire d'injections pendant les deux ou trois jours qui suivent et laisser écouler une huitaine de jours au moins avant de songer à la renouveler. Ces cautérisations constituent le seul traitement applicable à la vaginite granuleuse, pour laquelle le tampon est formellement contre-indiqué ainsi que les injections, car ces manœuvres pourraient provoquer un avortement ou tout au moins un accouchement prématuré. Lorsque l'inflammation blennorrhagique affecte l'urèthre, il faut avoir recours au même moyen, et M. Alphonse Guérin reconnaît si bien l'insuffisance des injections trop peu concentrées, qu'il conseille d'introduire le crayon de nitrate d'argent dans l'urèthre en recommandant de ne l'y laisser séjourner qu'un temps fort court. C'est une pratique fort sage, mais le crayon peut être parfaitement remplacé par un petit bâtonnet garni de charpie à son extrémité et trempé dans la solution plus concentrée dont je me sers d'habitude.

Je vous ai dit que l'inflammation blennorrhagique se propage souvent jusque dans les canaux des glandes dont les orifices viennent s'ouvrir à la vulve. Il faut la poursuivre jusque dans ces derniers recoins, si l'on veut être assuré contre les récidives ou les explosions ultérieures de la maladie. La rougeur persistante de ces orifices, la présence au niveau de chacun d'eux d'une toute petite gouttelette de pus que l'on fera

suinter par la pression seront les signes auxquels vous reconnaîtrez que la blennorrhagie n'est pas complètement guérie, et il faudra porter alors la solution caustique jusque dans les canaux glandulaires dans lesquels on l'injectera avec une petite seringue d'Anel. Je n'ai jamais eu occasion d'avoir recours à ce moyen que je considère comme fort logique ; mais si je me trouvais avoir besoin de l'employer, je me servirais alors d'une solution un peu moins concentrée, au 20e par exemple.

Les lotions, les injections et les bains doivent être employés, en même temps que l'azotate d'argent. Plus tard, lorsqu'il ne reste plus qu'un peu de suintement, plutôt muco-purulent que véritablement puriforme, il y a intérêt à absterger ce liquide à mesure qu'il se forme et à ne pas le laisser séjourner trop longtemps au contact de la muqueuse à peine revenue à l'état sain. C'est alors que les topiques pulvérulents sont utiles, et qu'il faut placer dans le vagin de la poudre d'amidon soit pure, soit additionnée d'une petite quantité de tannin ou de sous-nitrate de bismuth. Un simple tampon d'ouate soit sec, soit trempé dans la glycérine très pure, peut rendre le même service.

Comme vous le voyez, Messieurs, je ne vous parle que d'un traitement topique tout à fait local et externe, et je ne vous dis rien des balsamiques tels que le copahu, le cubèbe, la térébenthine, etc., qui, administrés à l'intérieur, sont si utiles dans le traitement de la blennorrhagie de l'homme. C'est que ces médicaments échouent toujours dans le traitement de la blennorrhagie de la femme, et ce n'est pas seulement

parce que cette dernière, affectant plus particulièrement le vagin, la muqueuse malade ne se trouve pas en contact avec l'urine imprégnée de la substance médicamenteuse, puisque l'uréthrite accompagnant la vaginite, résiste aussi bien que cette dernière à l'emploi des moyens en question. M. Alphonse Guérin a cru voir une raison de cet insuccès dans une disposition anatomique spéciale à la femme, dont les orifices glandulaires de l'urèthre seraient ouverts d'arrière en avant, et soustraits ainsi à l'action de l'urine qui les baigne si facilement chez l'homme, où leurs ouvertures regardent en arrière.

Quoi qu'il en soit de cette raison, rappelez-vous une chose, c'est que vous ne devez jamais, en face d'une blennorrhagie, vous attarder à l'emploi de ces moyens, et qu'il faut de suite avoir recours aux topiques, soit que vous préfériez les plus actifs comme le nitrate d'argent, soit que vous vous contentiez de ceux dont l'action est moins énergique.

II. — Des polypes de l'urèthre.

MESSIEURS,

Indépendamment des inflammations qui se développent dans l'urèthre de la femme en même temps que dans le vagin, sous l'influence de la blennorrhagie, nous avons souvent occasion de rencontrer dans ce canal, et plus particulièrement au niveau du méat urinaire, une lésion pathologique, qui par sa constitution anatomique, comme par le traitement qu'elle

réclame relève plus de la chirurgie que de la médecine, mais qui par les symptômes auxquels elle donne lieu est tout à fait de notre domaine. Nous avons d'autant plus le droit de nous en occuper en ce moment qu'elle simule certaines affections dont je vous ai déjà parlé, qu'elle peut suffire à donner naissance à certaines autres dont il me reste à vous entretenir, en particulier à cet état nerveux si bizarre désigné sous le nom de *vaginisme*. Cette lésion, c'est le polype de l'urèthre, dont vous venez de voir un très bel exemple chez la malade couchée au n° 28 de la salle du Rosaire.

Il y a cinq ou six mois, à la suite d'excès vénériens, cette jeune fille, qui n'a pas plus de seize ans, fut prise de douleurs abdominales avec irradiation du côté des lombes et de métrorrhagies, c'est-à-dire que ses règles, survenues à l'époque habituelle, furent plus abondantes que de coutume, et que l'écoulement sanguin se prolongea ensuite pendant un temps plus long. Que se produisit-il alors ? Il y a tout lieu de croire qu'elle eut une de ces inflammations passagères des organes génitaux internes, qui sont la conséquence d'excitations sexuelles abusives.

Plus tard, elle rendit du sang en urinant, la miction devint douloureuse, et elle eut par les parties génitales internes un écoulement jaunâtre puriforme. Ces derniers symptômes, qu'elle accusait au moment de son entrée, nous firent penser tout d'abord qu'elle était affectée de vaginite blennorrhagique ; mais l'examen direct des organes génitaux nous montra de suite qu'il n'en était rien ; en effet, nous ne trouvâmes aucune rougeur du vagin, aucune inflammation ni de la ma-

trice dont le col n'était pas ulcéré, ni des tissus péri-utérins qui étaient souples et sains ; seulement l'utérus était légèrement incliné en arrière en état de rétroversion. Mais nous découvrîmes à l'orifice de l'urèthre une petite tumeur d'un rouge vif, de forme elliptique et saillante entre les lèvres du méat urinaire (*fig.* 86), un peu plus volumineuse qu'un grain d'avoine. Elle adhérait par une portion rétrécie ou pédicule à la paroi postérieure du canal. Ce polype n'était pas doulourenx, et pendant le temps que nous avons tenu la malade en observation, il n'a changé ni de volume ni d'aspect. J'en ai fait l'ablation avec la plus grande facilité en le saisissant avec des pinces à griffe de façon à tendre son pédicule que j'ai sectionné avec le couteau du thermo-cautère. Il n'y a pas eu d'effusion de sang ; la malade a pu uriner le soir même, et au bout de quelques jours, elle était complètement guérie, le pansement ayant consisté en applications de compresses d'eau fraîche.

L'examen histologique de cette petite tumeur a été fait avec soin par mon interne, M. Richer, au laboratoire du Collège de France, et ses préparations ont été soumises à l'examen de M. le professeur Ranvier. Le centre de la tumeur est occupé par une hypertrophie des papilles du derme qui sont comme infiltrées de cellules embryonnaires ; de nombreux vaisseaux sanguins les parcourent, et toutes ces papilles sont recouvertes d'un revêtement épithélial commun formé de plusieurs couches de cellules pavimenteuses.

Des résultats à peu près semblables ont été fournis par des examens pratiqués à diverses époques. C'est ainsi que dans un cas où le polype a été enlevé par M. Gos-

selin, M. Verneuil (1) a trouvé des papilles comme celles qui composent notre tumeur et une enveloppe d'épithélium composé de cellules cylindriques. Je vous ferai remarquer ici cette particularité qui dénote une déviation dans les phénomènes de nutrition dont cette tumeur avait été le siège, puisque l'épithélium normal de la muqueuse de l'urèthre est de nature pavimenteuse.

Dans un autre cas, l'examen fut fait par M. Ranvier. C'était une tumeur à récidive, opérée par M. Tillaux en 1872. On y découvrit aussi des papilles, des vaisseaux nombreux, un épithélium stratifié en couches lamelleuses et de plus d'abondantes cellules embryonnaires. Enfin sur deux pièces provenant d'opérations faites par M. le professeur Gosselin, l'examen fut fait par M. A. Bergeron, qui leur reconnut la même structure qu'aux précédentes, et qui trouva dans le tissu de nombreuses cellules embryonnaires.

De tous ces faits, il résulte que ces petites tumeurs sont surtout constituées par une hypertrophie des papilles; elles rentrent dans la classe des *papillomes* décrits par M. Ranvier. Mais elles sont en outre extrêmement vasculaires.

M. le professeur Richet, frappé surtout de cette extrême vascularisation, a cru pouvoir les considérer comme de simples productions variqueuses (2), et sans méconnaître la présence ni de l'hypertrophie papillaire ni des cellules embryonnaires, il lui attribue une importance tout à fait secondaire. L'affection débuterait, suivant lui, par la dilatation des vaisseaux, et l'hyper-

(1) Verneuil, *Société de Biologie*, 1855.
(2) Dupin, *Essai sur les végétations hémorrhoïdales de l'urèthre chez la femme*. Thèse, 20 novembre 1873.

trophie des papilles ne se montrerait que plus tard, à la suite de l'inflammation développée au pourtour de la tumeur vasculaire.

Le fait qui nous occupe aujourd'hui me paraît ne pas pouvoir s'expliquer par cette hypothèse. En effet, la tumeur est de très-petite dimension; elle est à son début, et ce qui frappe surtout à l'examen des coupes histologiques, c'est l'hypertrophie des papilles. Nous lui trouvons un point d'implantation très-rétréci, tandis que les tumeurs variqueuses sont presque toujours sessiles. Ceci doit nous porter à penser qu'il existe au moins deux sortes de tumeur de l'urèthre de la femme qui peuvent affecter la forme de polypes, et j'inclinerais volontiers à admettre avec M. Lemoine (1) que ces polypes peuvent être le résultat du développement hypertrophique de tous les éléments de la muqueuse uréthrale, et que leur constitution diffère suivant que l'un ou l'autre de ces éléments domine dans la petite tumeur qui, comme l'a fait justement remarquer M. Richet, est toujours extrêmement vasculaire. Ce n'est donc pas sans raison que l'on a pu décrire aussi un polype folliculaire qui serait dû à l'hypertrophie des glandes mucipares du canal de l'urèthre. Ce dernier a un siège beaucoup plus élevé dans l'intérieur du canal ; il apparaît rarement au méat et peut être beaucoup plus facilement méconnu.

Se fondant sur ces données anatomiques M. Ménétrez (2) a admis les trois espèces suivantes :

(1) Lemoine (Victor), *Des tumeurs hypertrophiques de l'urèthre chez la femme*. Thèse, Paris, 1866.

(2) Ménétriez, *Des polypes de l'urèthre chez la femme*. Th., Paris, 1874.

1° Les polypes muqueux ou folliculaires ;

2° Les polypes papillaires simples avec peu de tissu embryonnaire, ou polypes bénins ;

3° Les polypes papillaires où l'on trouve de nombreuses cellules embryonnaires ou polypes malins.

Il convient d'y ajouter, comme quatrième espèce, les tumeurs hémorrhoïdales décrites par M. Richet.

Au point de vue clinique et sans s'occuper de leur constitution anatomique, M. Alphonse Guérin (1) les a divisés en deux classes, les polypes indolents et les polypes douloureux.

Cette division est d'autant mieux fondée que souvent bon nombre de ces petites productions pathologiques passent complètement inapérçues, tandis que d'autres, du même volume et qui ont souvent un volume moindre, causent des douleurs excessives et déterminent des troubles fonctionnels extrêmement pénibles. Peut-être la différence de constitution anatomique peut-elle expliquer cette diversité de symptômes, quoique l'on n'ait jamais trouvé de filets nerveux dans leur tissu. On pourrait de ces deux formes rapprocher celles qui ont été admises par M. Ménétez sous les noms de polypes benins et de polypes malins, les premiers étant plus souvent indolents, les seconds donnant lieu à de vives douleurs.

Parmi les symptômes qu'ils déterminent, la douleur et les troubles fonctionnels occupent du reste le premier rang.

(1) Guérin (Alph.), *Leçons sur les maladies des organes génitaux externes de la femme*, p. 399.

La douleur peut être extrêmement vive, elle se fait sentir surtout au moment de l'émission des urines, il y a du ténesme uréthral, de la strangurie, à ce point que la miction peut être complètement empêchée. Cela peut dépendre de l'arrêt mécanique apporté à la libre circulation de l'urine par la présence de la tumeur qui oblitère le canal de l'urèthre ; mais il est rare que le volume de la tumeur suffise à déterminer une semblable oblitération qui résulte bien plutôt d'une contraction spasmodique de l'urèthre, sollicitée par l'irritation due à la présence de ce corps étranger. C'est dans ce cas que le ténesme est le plus intense et que la douleur atteint son maximum d'acuité. L'intensité de ces symptômes augmente pendant la durée des règles.

Outre cette douleur spontanée les polypes de l'urèthre en sollicitent une autre qui ne se réveille que quand une pression est exercée sur le canal qui les contient. Cette douleur ainsi provoquée est souvent telle qu'elle apporte un sérieux obstacle aux rapprochements sexuels. M. Alph. Guérin a vu un cas où la douleur était tellement vive qu'elle a résisté au sommeil chloroformique. Il existe aussi des irradiations douloureuses aux hanches et aux cuisses. Les époques menstruelles amènent une exacerbation dans tous ces symptômes.

Il s'écoule parfois du sang par l'urèthre comme cela a paru exister chez notre malade, qui était en même temps affectée de métrorrhagie. On voit cet écoulement sanguin alterner avec un écoulement muco-purulent, qui tache le linge à la façon du pus de la vaginite ; mais les taches sont moins larges,

moins abondantes, et se retrouvent plutôt sur le pan antérieur que sur le pan postérieur de la chemise.

Je ne m'étendrai pas sur les signes physiques que fournit l'examen de la tumeur : ce serait revenir sur ce que je vous ai dit à propos de l'anatomie pathologique.



Fig. 86. — Polype du méat urinaire.

Je vous ferai remarquer seulement que le pédicule n'existe pas toujours aussi marqué que nous l'avons vu chez notre malade du n° 28. On constate la présence, les dimensions et le point d'implantation de ce pédicule en le contournant avec l'extrémité d'une sonde ou d'un stylet mousse. Cette implantation se fait le plus souvent sur la paroi postérieure de l'urèthre, ou sur l'un des côtés du méat.

Le diagnostic du polype de l'urèthre n'est généralement pas difficile. Par les douleurs et l'écoulement qu'il occasionne il pourrait cependant en imposer pour une inflammation des organes génitaux : vaginite, métrite ou ovarite. Il peut arriver qu'il coïncide avec ces affections, mais alors il n'est qu'une complication et les soins doivent dans ces cas être d'abord dirigés vers les lésions plus graves qu'il accompagne.

Des faits rares de hernie de la vessie ou de prolapsus de la muqueuse uréthrale pourraient peut-être embarrasser le diagnostic. Percy rapporte le cas curieux d'une abbesse qui présentait au méat urinaire une petite tumeur rouge de la grosseur d'une cerise, due à la hernie d'une portion de la paroi vésicale au travers de l'urèthre. Percy put la refouler avec le doigt, et la maintenir réduite à l'aide d'une sonde à demeure. Cette petite tumeur faisait office de bouchon et empêchait complètement l'issue de l'urine, jusqu'à ce que, l'accumulation de ce liquide, amenant une distension toujours plus grande du réservoir urinaire, la vessie en arriva à se déplisser en se remplissant; alors la tumeur se réduisait d'elle-même.

La muqueuse de l'urèthre glissant sur les parties profondes peut faire prolapsus à l'instar de la muqueuse rectale. Mais dans ces cas le méat occupe le centre des tumeurs, et elles ne sont jamais pédiculées.

Je ne vous dirai que peu de mots de l'étiologie. Les polypes de l'urèthre se rencontrent le plus souvent chez les femmes adultes et qui ont eu des rapports sexuels. Ils sont parfois, comme chez notre malade, la conséquence d'excitations génitales exagérées. On peut

cependant en trouver chez les enfants avant la puberté. Ils semblent se développer à la suite d'irritations locales, de l'uréthrite ou de la vaginite, ou à la suite d'inflammations du système génital interne. La grossesse, la ménopause, ne seraient pas non plus sans avoir une certaine influence sur leur production.

Le traitement est ce qui nous intéresse le plus et je me hâte de vous dire qu'il n'a rien de médical, ces petites tumeurs n'étant susceptibles de disparaître que si on en opère la destruction par une action chirurgicale. Nous n'avons donc le choix qu'entre les divers procédés de destruction ou d'ablation.

La cautérisation ne sera réellement utile qu'à la condition d'être énergique. Il est vrai que M. Azam a obtenu une guérison assez rapide en cautérisant, à deux reprises seulement, avec le crayon de nitrate d'argent ; mais ce moyen n'a jamais réussi entre mes mains, quoique j'aie réitéré souvent les cautérisations un plus grand nombre de fois, peut-être parce que je n'ai pas laissé le caustique assez longtemps en contact avec la partie malade. Je me rappelle entre autres malades chez lesquelles ce moyen a échoué, une dame d'origine polonaise, âgée d'environ cinquante ans, et que j'ai cautérisée à diverses reprises tantôt avec le crayon d'azotate d'argent, tantôt avec le perchlorure de fer, sans obtenir le moindre résultat. Comme ce petit polype, que j'avais découvert fortuitement, en pratiquant l'examen au spéculum pour un tout autre motif, ne causait aucune douleur et fort peu de gêne, je n'ai pas cru devoir l'attaquer par un moyen plus violent, et c'est en effet ce qu'il convient de faire en cas pareil. Abstenez-

vous donc, autant que possible, d'une intervention active dans les cas de polype indolent et réservez les moyens énergiques dont il me reste à vous parler pour ceux où le polype est une cause de douleur ou de troubles fonctionnels qui nécessitent sa disparition.

Je ne vous conseille pas une cautérisation plus énergique que celle dont il vient d'être parlé et qui constituerait, en effet, un bon moyen de destruction du produit morbide, qu'elle soit pratiquée avec le cautère actuel ou avec un caustique chimique ; je ne vous en parle pas parce que son action serait trop difficile à limiter au tissu morbide et qu'elle s'étendrait forcément au conduit dans lequel ce produit est renfermé, de façon à léser gravement les parois de ce conduit.

Il faut donc songer à l'ablation qui peut consister, ou dans l'excision, ou dans la ligature.

L'excision simple avec l'instrument tranchant, ciseaux ou bistouri, n'est pas exempte d'inconvénients. Elle peut donner lieu à des hémorrhagies assez abondantes, comme M. Forget l'a observé chez une dame opérée par Lisfranc, et chez laquelle le sang s'était épanché dans la vessie, sans se répandre à l'extérieur. L'excision par l'instrument tranchant offre un autre danger bien plus grave encore, c'est de faciliter l'infection purulente, qui est toujours à redouter lorsqu'on opère sur des tissus aussi vasculaires que ceux qui constituent la trame des polypes uréthraux. C'est pourquoi, tout en reconnaissant que le polype de notre jeune malade du n° 28 était dans des conditions extrêmement favorables pour que son ablation pût être facilement faite extemporanément, je me

suis servi du thermo-cautère, préférablement à l'instrument tranchant, pour opérer la section de son pédicule.

Dans certains cas où le polype est situé plus profondément et où, pour aller l'atteindre avec le thermo-cautère, on s'exposerait aux inconvénients de la brûlure des parois de l'urèthre dont je vous parlais il n'y a qu'un instant, on doit songer à la ligature. La ligature simple et laissée à demeure a donné de bons résultats ; mais nous la considérons maintenant comme un moyen trop long et nous tenons à agir plus rapidement.

L'écrasement linéaire est un des modes opératoires dont nous pouvons disposer pour satisfaire à ce besoin de rapidité. Mais il est inutile de se servir de l'écraseur de M. Chassaignac ; le serre-nœud de M. Maisonneuve est ici d'autant plus préférable qu'il est possible de l'armer avec un fil très fin. J'hésite cependant à me servir de ce moyen à cause de la douleur souvent excessive qui résulte de la constriction exercée sur la base du polype pour le sectionner ; et lorsque j'ai pu parvenir à bien l'enserrer avec une anse métallique, ce qui est souvent assez difficile, parce que cette base n'est pas toujours très nettement pédiculée, au lieu de me contenter de l'action du serre-nœud, je trouve préférable d'y associer celle du feu, en faisant passer un courant électrique à travers ce fil métallique, de façon à le rougir.

Vous m'avez vu, il y a quelque temps, me servir ainsi de l'anse galvano-caustique et enlever successivement deux petits polypes, assez profondément situés dans l'intérieur de l'urèthre d'une femme qui était alors

couchée au n° 5 de ma salle du Rosaire. Les deux opérations n'ont pas été faites au même instant, le second polype ne s'étant montré que cinq ou six jours après l'ablation du premier, derrière lequel il était caché. Ces deux applications du galvano-cautère ont été aussi simples que possible et n'ont déterminé aucun accident consécutif. C'est donc en somme le meilleur moyen auquel on doive avoir recours quand les polypes sont un peu profondément situés dans l'urèthre, le thermo-cautère ne pouvant être appliqué qu'à ceux qui affectent les bords mêmes du méat. En somme ces deux moyens agissent absolument de la même manière et préservent également des hémorrhagies, en même temps que de l'infection purulente, les deux accidents graves auxquels on est toujours exposé quand, au lieu de l'un ou de l'autre de ces cautères, on se sert des instruments tranchants.

IX

VAGINISME.

Le vaginisme et la dyspanumie. — Historique. — C'est un symptôme commun à un certain nombre d'états morbides fort différents les uns des autres. — Il se produit surtout dans les inflammations de la vulve et de l'entrée du vagin. — Influence de la contracture des sphincters. — Corrélations avec la contracture de l'anus. — Inflammations de l'utérus, des ovaires et des tissus péri-utérins. — Polypes de l'urèthre. — Induration phlegmasique du tissu cellulaire sous-vaginal. — Contraction spasmodique de la plupart des muscles de la vie de relation. — Influence de la douleur. — La névralgie des nerfs de la vulve. — Le traitement du vaginisme est subordonné à celui de la maladie sous l'influence de laquelle il s'est développé. — Prophylaxie. — Influence de la façon dont sont pratiquées les premiers rapprochements sexuels. — Conseils à donner aux jeunes mariés.

Messieurs,

Parmi les conditions nombreuses et variées qui peuvent rendre la femme incapable de participer à l'acte de la reproduction, il en est plusieurs qui n'agissent pas autrement qu'en apportant un obstacle plus ou moins insurmontable à l'accomplissement régulier du coït. — Il en est ainsi de certains vices de conformation, dont je vous ai déjà parlé et dans lesquels l'imperforation ou l'étroitesse excessive des

voies génitales rend la copulation matériellement impossible. Le même effet peut être la conséquence d'oblitérations ou de rétrécissements morbides, permanents ou transitoires. Ces états pathologiques qu'il appartient à la chirurgie de prévenir, ou de faire disparaître quand une fois ils sont constitués, sont importants à connaître et doivent être étudiés avec soin, mais ce n'est pas sur eux que je veux attirer votre attention en ce moment.

A côté de ces cas dans lesquels l'obstacle à la copulation résulte d'une lésion matérielle, parfaitement tangible et appréciable à nos sens, il en est d'autres où, les voies génitales étant parfaitement libres, le rapprochement sexuel se trouve empêché par les douleurs qu'il provoque.

Ces douleurs ont pour caractère essentiel, outre leur excessive acuïté, de solliciter des contractions spasmodiques dont l'effet est de déterminer de la part de la femme une résistance invincible, que sa volonté même est le plus souvent impuissante à maîtriser.

A cet état particulier M. Marion Sims a donné le nom de *vaginisme,* sous lequel il est généralement étudié et décrit par tous les auteurs contemporains. Il faut bien vous garder de le confondre avec ce que M. Barnes appelle la *dyspareunie ;* cette dernière dénomination, s'appliquant à tous les cas où un obstacle quelconque est apporté à l'accomplissement de l'acte du coït, désigne en quelque sorte le genre dont le *vaginisme* n'est qu'une espèce ou variété.

Je vous engage du reste, Messieurs, à ne pas trop vous laisser influencer par ces dénominations nouvelles qui ont un double tort à mes yeux : d'abord de vous

faire croire qu'il s'agit d'une affection inconnue jusqu'à nous et dont la découverte doit être attribuée à celui qui l'a ainsi baptisée ; puis de vous porter à penser qu'il s'agit d'une maladie bien nettement définie d'une entité pathologique parfaitement distincte, car il est loin d'en être ainsi.

L'affection n'est pas nouvelle et, sans remonter plus loin, nous la trouvons décrite en France dès 1834 par Huguier (1) qui lui a donné le nom de *contracture spasmodique du sphincter du vagin ;* puis par la plupart des auteurs qui depuis cette époque se sont occupés des maladies des femmes : Dupuytren (2), Lisfranc (3), Tanchou (4), Vidal (de Cassis) (5), Hervez de Chégoin (6), etc.

A une époque plus rapprochée de nous et avant même que les faits de M. Marion Sims aient été connus, Michon et Debout (7) avaient attiré l'attention du public médical sur cette singulière affection en publiant dans le courant du mois d'août de l'année 1861, une série d'observations qui prouvaient avec quel soin attentif chacun d'eux l'avait déjà étudiée. Ces observations ne passèrent pas inaperçues et j'eus même l'occasion d'attirer tout spécialement

(1) Huguier, *Dissertation sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie.* Thèse, Paris, 1834.

(2) Dupuytren, *Clinique*, 2e édit., 1834 (article *Fissure à l'anus*).

(3) Lisfranc, *Clinique chirurgicale*, 1841 (article *Excès de sensibilité des organes génitaux de la femme*).

(4) Tanchou, *Sur les névroses de la vulve* (*Gazette des hôpitaux*, 1842).

(5) Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5e éd., t. V, p. 334.

(6) Hervez de Chégoin, *Sur la fissure à l'anus* (*Union médicale*, 1841).

(7) Michon et Debout, *Bulletin de thérapeutique* 1861, n. des 15 août, 30 août et 15 octobre 1861, *Nouvelle série*, t. XII, p. 381.

l'attention sur elles dans un article qui parut le 26 novembre de la même année (1).

Ces dates sont importantes à relever, car les faits de M. Marion Sims, quoique remontant à 1857, n'ont été, ainsi qu'il le dit lui-même (2), communiqués par lui à la Société obstétricale de Londres qu'au mois de décembre 1861 et publiés seulement en 1862. — Tout au plus pourrait-on en faire remonter la première divulgation à la date du 6 novembre 1862, jour où M. Tyler Smith en parla pour la première fois à la même Société (3), et cela ne suffirait pas pour lui donner la priorité sur les auteurs français qui, depuis Huguier jusqu'à Michon et Debout, avaient, comme vous venez de le voir, étudié cette affection avec au moins autant de soin que lui.

D'ailleurs les praticiens anglais s'en étaient occupés en même temps que le chirurgien américain, et s'il fallait établir entre eux une revendication de priorité, on trouverait certainement dans les œuvres de Simpson (4) et de Fleetwood Churchill (5) des passages qui permettraient de réclamer en leur faveur (6).

D'où il résulte que le seul mérite qui puisse être attribué à M. Sims est celui d'avoir trouvé un nom qui ait été accepté par tout le monde. Est-ce là un

(1) Gallard; *Revue de thérapeutique*. (*L'Union médicale*, 26 nov. 1861.)

(2) Marion Sims, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, trad. française. Paris, 1866, p. 387.

(3) Tyler Smith, *Obstetrical Transactions*, 1862, vol. II, p. 356.

(4) Simpson, *Vaginodyny*. (*Proceedings of Edinb. Obstetric. Society*, 14 novembre 1860.) — *Clinique obstétricale et gynécologique*. Trad. Chantreuil. Paris, 1874, p. 766.

(5) Churchill (Fleetwood), *Traité pratique des maladies des femmes*, édit. Leblond. Paris 1872, p. 126.

(6) *Voir* Visca, *du Vaginisme*. Thèse de Paris, 1870, p. 12.

bien grand mérite? Je vous demande la permission de le contester et voici pourquoi : c'est que ce nom, qui d'abord avait le défaut de faire croire à une nouveauté a celui bien plus grave encore de préjuger une doctrine, à laquelle il me paraît impossible de se rallier. C'est celle de l'essentialité de l'état morbide auquel on l'a appliqué. Cette doctrine a été combattue par bien des auteurs et je crois être en mesure de vous démontrer qu'elle ne supporte pas l'examen.

Qu'est-ce donc que cet état si bizarre? un symptôme et pas autre chose. Symptôme de maladies diverses qu'il faut savoir bien analyser pour les reconnaître et qu'il est toujours possible de retrouver quand on à soin de soumettre à une critique rigoureuse chacun des faits dans lesquels il est observé.

Pour vous le prouver, je vais étudier à ce point de vue quelques uns de ceux qui se sont passés sous vos yeux et vous pourrez ensuite les comparer avec les autres observations publiées par les divers auteurs — ils sont maintenant assez nombreux — qui se sont occupés de cet intéressant sujet.

Nous avons eu, au n° 19 de notre salle du Rosaire, une jeune fille de vingt ans environ qui peut nous servir en quelque sorte de type pour cette étude. C'est une émailleuse, assez intelligente pour avoir pu s'observer convenablement en analysant très bien toutes ses sensations, assez confiante en nos soins pour nous raconter sans trop de réticences tout ce qu'elle a éprouvé, en nous laissant deviner ce qu'elle n'ose pas dire et ce sur quoi l'intérêt direct de sa santé ne nous oblige pas à exiger d'elle de renseignements très catégoriques et très précis.

Elle a eu, dit-elle, le carreau alors qu'elle était toute jeune, et, depuis l'âge de dix ans, elle a de la leucorrhée habituelle. Cette leucorrhée est devenue plus abondante depuis l'âge de quatorze ans, sollicitée très probablement par des habitudes de masturbation qui surexcitaient encore un état nerveux allant jusqu'à l'hystérie.

Il y a deux ans, et avant même d'être réglée, que, cédant à l'ardeur de ses sens, cette jeune fille s'abandonna aux caresses d'un homme.

La première tentative de coït fut extrêmement douloureuse ; c'était dans l'ordre naturel des choses et en quelque sorte prévu, aussi n'y fit-on pas trop attention. Mais il en fut de même de la suivante, puis de la troisième, de la quatrième, et ainsi de suite pendant huit jours, durant lesquels l'intromission finit par être assez complète, sans que la patiente, malgré l'excessive bonne volonté avec laquelle elle s'y prêtait, pût éprouver aucune autre sensation qui vint tempérer ou faire oublier cette vive et atroce douleur.

Le *désappointement de la nature*, suivant la spirituelle expression de Barnes, fut donc aussi complet que possible, et, comme aucun lien légal n'obligeait cette jeune fille à se soumettre indéfiniment à de semblables tortures, elle se résolut à vivre dans la continence.

Cette continence aurait duré huit mois au bout desquels de nouvelles tentatives n'auraient pas été plus heureuses que les premières ; alors serait survenu un écoulement sanguin par l'anus, avec apparition d'hémorrhoïdes, précédant de peu de jours la première éruption du flux menstruel.

La rareté des hémorrhoïdes à cet âge, l'état de di-

latation insolite dans lequel j'ai trouvé l'anus sont des raisons qui me portent à penser que, sa continence lui pesant, elle a bien pu essayer de prendre un chemin détourné pour arriver au but de ses désirs, auquel elle ne pouvait atteindre par la voie naturelle. Mais c'est un point que je n'ai pas cherché à éclaircir, car ce n'est ni de son anus et de son rectum que j'avais à m'occuper, mais bien de sa vulve et de son vagin.

Voici l'état dans lequel j'ai trouvé les organes génitaux : la vulve et le vagin sont rouges et baignés par un écoulement muco-purulent. La rougeur de la vulve occupe surtout la face interne des petites lèvres et l'entrée du vestibule.— Les débris de la membrane hymen, qui forment quatre tubercules myrtiformes, sont particulièrement rouges et douloureux au toucher; le doigt ne pénètre qu'avec la plus grande difficulté en développant une très grande douleur, il est assez fortement serré par la contraction musculaire du constricteur, qui s'accompagne d'une contraction semblable et synergique du constricteur de l'anus, et lorsqu'on retire le doigt du vagin, il en sort une quantité notable de matière puriforme. Un premier point ressort de cette partie de notre examen clinique, c'est qu'il y a bien réellement contraction des muscles de l'entrée du vagin, et que si cette contraction n'est pas suffisante pour opposer un obstacle invincible à l'introduction dans ce conduit d'un corps rigide et peu volumineux comme le doigt, elle est au moins capable d'empêcher la libre sortie des liquides contenus dans le vagin.

De plus cette contraction du muscle vulvaire coïncide avec une contracture synergique du muscle de l'anus, qui a été signalée par presque tous les observateurs et

dont la disposition anatomique des fibres musculaires rend parfaitement compte. Cette synergie d'action nous explique comment la contraction douloureuse des deux muscles peut se produire sous la même influence pathologique et comment l'une et l'autre peuvent réciproquement se compliquer; si bien que la contracture du faisceau anal puisse se développer comme accident secondaire sous l'influence d'une lésion qui a donné primitivement naissance à une contracture du faisceau vulvaire; de même que ce dernier peut se trouver contracturé, à son tour, sous l'influence d'une lésion dont le premier effet a été de produire une contraction primitive de l'anus.

Or nous savons quelle action une lésion, en apparence légère, de la muqueuse de l'extrémité inférieure du tube digestif, *la fissure à l'anus*, peut exercer sur le muscle voisin, en y faisant naître une contraction douloureuse qui peut s'étendre à tous les muscles du périnée et particulièrement à ceux de la vulve et du vagin. Il était donc tout naturel de penser qu'une lésion de même nature existant à la vulve pouvait déterminer un effet semblable, et c'est ce que l'observation est venue confirmer. On a trouvé, en effet, que dans le plus grand nombre des cas de contracture douloureuse de l'entrée du vagin qui s'oppose au coït il y a des lésions plus ou moins importantes de la muqueuse vulvaire. Ces lésions ne sont pas toujours des fissures, comme celles qui se rencontrent à l'anus, mais on en trouve quelquefois au niveau de la fourchette et sur les bords de l'hymen; le plus souvent ce sont de simples inflammations affectant soit les glandes mucipares, soit leurs conduits, en parti-

culier ceux de la glande vulvo-vaginale, soit les débris de la membrane hymen, même quand elle a été complètement déchirée comme cela avait eu lieu chez notre malade. Souvent, et c'est ce qui existait également chez elle, ces lésions, de nature inflammatoire, ne sont pas limitées à l'entrée du vagin ; elles se prolongent au delà. Ainsi, outre l'inflammation vulvaire que je viens de vous décrire, nous avions ici une inflammation de toute la muqueuse vaginale et principalement de ses culs-de-sac ; en même temps qu'un peu de métrite, avec ulcération folliculeuse du col utérin, qui était notablement rouge et augmenté de volume. C'est ce qui donnait lieu à un certain nombre de symptômes accessoires, comme la tension de l'abdomen, les douleurs hypogastriques, inguinales et lombaires qui dépendaient exclusivement de la métrite, dont l'existence fut constatée alors seulement par le toucher digital, l'introduction du spéculum ayant été absolument impossible le premier jour. Mais ce qui prouve bien que les lésions inflammatoires, dont il vient d'être question, étaient la seule cause de la douleur qui faisait obstacle à la pénétration d'un corps quelconque dans le vagin, c'est qu'il m'a suffi de dissiper d'abord, puis de faire disparaître tout à fait cette inflammation pour rendre la pénétration de moins en moins pénible, jusqu'à ce qu'elle soit devenue absolument libre et facile. Il en est résulté que les applications du spéculum ont pu être réitérées aussi souvent que les nécessités du traitement l'ont exigé ; et la malade est partie de l'hôpital enchantée de ce résultat, avec l'intention d'en profiter largement pour réparer le temps perdu.

Les maladies des organes situés au-dessus de la vulve ont une action moins directe que celles de l'entrée du vagin sur la production des accidents qui nous occupent. Cependant il est bien certain que les inflammations aiguës de la matrice, des ovaires et de tous les tissus péri-utérins peuvent être le point de départ de sensations douloureuses qui s'exaspèrent pendant le coït, par le contact de l'organe copulateur, au point de donner lieu aux manifestations les plus vives, surtout chez les femmes nerveuses et qui ont eu déjà des symptômes hystériques. Mais ces maladies s'accompagnent le plus habituellement d'autres accidents assez éclatants pour ne pouvoir être méconnus, et l'on sait alors que la douleur qui survient leur appartient en propre. Passons donc sur ces faits dans lesquels il y a bien *dyspareunie* mais non *vaginisme*.

Les lésions vulvaires sont souvent plus difficiles à reconnaître ; si avec un peu d'attention on découvre la rougeur, les fissures de la muqueuse, la tuméfaction des glandes mucipares, le boursouflement de leur conduit, on pourra ne pas toujours apercevoir certains polypes de l'urètre, extrêmement douloureux au moindre contact, et qui, soumis à une pression insolite, par le fait de la présence d'un corps étranger dans le vagin, peuvent être le point de départ des phénomènes douloureux attribués au vaginisme.

On peut aussi méconnaître cette tuméfaction du tissu cellulaire sous-muqueux de la partie inférieure du vagin, qui persiste si longtemps à la suite de la vaginite et plus particulièrement de la vaginite traumatique, dont je vous ai également parlé (1). Cette induration inflam-

(1) Voyez p. 371.

matoire, qui ne détermine aucun changement de couleur ni de forme, appréciable à la vue, ne peut être constatée que par un toucher fort attentif. Elle donne lieu à une résistance un peu parcheminée, étendue en nappe à la partie postérieure et sur les côtés du vagin, tout près du vestibule; elle se reconnaît surtout, et plus encore même, à la douleur dont elle est le siège qu'à la sensation du contact qu'elle détermine sous le doigt explorateur. C'est une cause plus fréquente qu'on ne se l'imagine de la production des douleurs pendant le coït, et il en doit être tenu d'autant plus compte que cette lésion est une des conséquences les plus immédiates du traumatisme produit au moment de la défloration. J'ai donné longtemps des soins à une jeune femme qui ne pouvait supporter sans les plus atroces souffrances les approches de son mari, dont elle était cependant fort éprise. Chez elle la douleur était due uniquement à la pression exercée sur ce tissu cellulaire devenu le siège d'une inflammation chronique tellement rebelle et persistante qu'il ne m'a pas été possible de la faire disparaître complètement; aussi cette malheureuse femme, dont l'état a été cependant fort amélioré, n'a-t-elle pu arriver qu'à tolérer des approches devenues maintenant possibles, mais qui sont toujours assez pénibles pour qu'elle en soit encore à ignorer si elles peuvent causer d'autres sensations que celles de la douleur.

Voilà bien des circonstances dans lesquelles la répulsion de la femme pour le coït se trouve expliquée par la présence de lésions diverses, et par la douleur que sollicite le contact de l'organe copulateur sur les parties malades. Cette douleur est l'élément essentiel,

la contracture qui l'accompagne et qui en est la conséquence n'a qu'un caractère tout à fait accessoire. M. Gosselin a démontré avec beaucoup de raison et d'autorité (1) que la contracture des faibles faisceaux musculaires qui entourent la vulve serait absolument insuffisante pour opposer au coït l'obstacle, souvent invincible, qui résulte de l'état auquel on a donné le nom de *vaginisme*. Ce n'est pas que cette contraction n'existe pas; elle est réelle, incontestable. Je vous l'ai montrée chez notre malade du n° 19 de la salle du Rosaire, chez qui elle était suffisante pour empêcher la sortie de l'écoulement blennorrhagique qui était resté emprisonné dans le vagin. Dans presque tous les cas, cette contracture a un caractère véritablement spasmodique; mais, si intense qu'elle soit ou qu'on la suppose, la résistance qu'elle peut opposer à un mari vigoureux, serait bien vite vaincue s'il n'y avait pas d'autre obstacle à l'accomplissement de l'acte vénérien. Cet obstacle est apporté par des muscles bien autrement énergiques; ceux de tout le corps. Affolée par la douleur, la femme lutte avec une énergie qu'elle ne peut elle-même dompter; ses cuisses se rapprochent convulsivement, son bassin se dérobe, ses bras se crispent et se projettent en avant pour repousser celui qui cherche à l'approcher et qui ne pourrait y parvenir sans user d'une force supérieure à la résistance qui lui est opposée, si bien que le coït, pratiqué dans de telles conditions, deviendrait un véritable viol, devant lequel on comprend que le mari recule.

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, 3e édition, 1879, t. III, p. 19.

Au milieu de ce trouble général de tout le système musculaire l'influence des constricteurs spéciaux du vagin est si minime qu'il n'y a pas grand intérêt à rechercher quel est celui qui joue le rôle principal ou du constricteur de la vulve, ou de celui que M. Revillout (1) a décrit à la partie supérieure du vagin. S'il n'y avait pas d'autres résistances à vaincre que celles qui peuvent être opposées par la contraction spasmodique de ces quelques faisceaux musculaires, le vaginisme n'existerait pas, ou du moins il ne tarderait pas à disparaître sous l'influence de la répétition de l'acte copulateur, à l'accomplissement duquel cette contraction ne serait pas capable d'opposer un obstacle suffisant.

La résistance vient donc, non de la contraction des muscles de la vulve et du vagin, mais seulement, uniquement, de la douleur qui sollicite non pas seulement la contraction spasmodique de ces muscles, insignifiants comme force de résistance, mais aussi celle de tous les muscles du corps. Cette douleur est réveillée par le contact du membre viril avec les parties enflammées ; je vous l'ai montrée chez notre malade du n° 19, je pourrais vous la faire constater de même chez toutes celles que nous avons eu occasion d'observer.

Nous avons eu au n° 9 de la même salle une blanchisseuse de dix-huit ans, qui avait été réglée à dix ans et qui était profondément chlorotique, en même temps qu'un peu hystérique. — Elle avait des rapports sexuels depuis quatorze mois et elle nous racontait qu'ils

(1) Revillout, *Gazette des hôpitaux*, 29 août 1874.

avaient été toujours extrêmement douloureux et que souvent la douleur avait été assez vive pour l'obliger à se dérober à des caresses qu'elle avait cependant recherchées. — Lorsque cette douleur, qui ne se produisait qu'au moment de l'intromission, pouvait être vaincue, les sensations voluptueuses qui survenaient ensuite la faisaient oublier et l'acte s'accomplissait dans des conditions satisfaisantes. — Nous trouvâmes, au niveau de la fourchette, une rougeur diffuse avec une toute petite éraillure de la muqueuse, formant une fissure longitudinale. — Quelques cautérisations avec le crayon d'azotate d'argent suffirent pour faire disparaître cette petite lésion et depuis il n'y a plus eu de contractions douloureuses au moment du coït.

Vous avez vu à ma consultation du jeudi une femme de vingt-quatre ans, qui est mariée depuis deux ans, et qui nous a raconté que sa lune de miel a débuté par une semaine tout entière d'essais infructueusement tentés par son mari, qui n'est parvenu qu'au bout de huit jours à pratiquer un coït complet. Chacune de ces tentatives lui avait causé de vives douleurs et provoqué de sa part la résistance qui avait rendu la défloration si tardive. Depuis, les rapprochements ont toujours été si difficiles et si douloureux qu'ils sont devenus d'une rareté désespérante pour les deux jeunes époux. Il n'y en a eu qu'un seul durant le mois dernier et encore n'a-t-il été effectué qu'après une véritable lutte et au prix de souffrances insupportables pour la femme. L'examen de ses parties génitales nous montra qu'elle avait une vulve bien conformée, quoique très étroite, mais sa muqueuse était le siège d'une rougeur vive qui affectait surtout les petites lèvres, en même temps que

la fourchette et l'entrée du vagin, dont les caroncules myrtiformes étaient saillants et un peu épaissis, sans être cependant le siège d'aucune ulcération. Ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'est une multitude de petites saillies ayant environ le volume d'une graine de mil ou d'une toute petite tête d'épingle, disséminées sur toute l'étendue des petites lèvres et affectant aussi bien leur face externe que leur face interne; elles donnaient à la muqueuse, recouvrant les nymphes, un aspect chagriné, sensible même sous le doigt. — Ces petites saillies n'étaient constituées par autre chose que par des glandes mucipares tuméfiées. — Il y avait donc une véritable inflammation de toute la vulve et principalement des follicules muqueux; c'est la présence de cette inflammation qui rendait le coït douloureux et par suite presque impossible, en raison de la résistance convulsive qu'il provoquait de la part de la femme, au moment où elle sentait sur ces parties le contact du membre viril.

Chez une autre femme qui venait également à notre consultation, une inflammation d'une autre nature, occupant la même région, a produit le même résultat et dans des conditions d'autant plus intéressantes pour nous que le coït, pratiqué régulièrement et facilement auparavant, n'est devenu impossible et douloureux qu'à dater du moment où l'inflammation s'est produite. Cette femme, qui est aujourd'hui âgée de vingt-huit ans, s'est mariée à vingt et un ans. Pendant les quatre premières années tout s'est parfaitement bien passé, mais, depuis 15 ou 18 mois environ, il est survenu, non pas brusquement ou tout à coup, mais graduellement un changement fâcheux. Le coït, qui jusque-là avait été fa-

cile, est devenu peu à peu pénible et douloureux à ce point que maintenant il inspire une véritable répulsion. Il est vrai qu'en même temps notre malade a commencé à éprouver de la cuisson et de la douleur en urinant et qu'elle a été prise d'un écoulement jaunâtre assez abondant. — Elle était, en effet, atteinte d'une véritable vaginite, avec ulcération du col et inflammation intense de la vulve. — Les nymphes, particulièrement rouges et gonflées, étaient le siège de nombreuses petites ulcérations folliculaires ; la rougeur et le gonflement inflammatoire s'étendaient jusqu'au méat urinaire et aux orifices des glandes vulvo-vaginales. La première fois que nous eûmes à examiner cette femme, la douleur causée par l'inflammation était telle que l'introduction du spéculum fut absolument impossible. — Quelques cautérisations avec l'azotate d'argent ont suffi pour amener une prompte amélioration, bientôt suivie d'une guérison complète, aussi bien de la vaginite que de l'inflammation vulvaire, et depuis lors les fonctions génitales, qui avaient été si profondément troublées, s'accomplissent de la façon la plus régulière et la plus facile.

On pourrait multiplier presque à l'infini les exemples analogues aux précédents, pour démontrer, d'une part, que l'état pathologique décrit sous le nom de *vaginisme* est bien réellement sous la dépendance d'un assez grand nombre de maladies diverses du système génital et plus particulièrement de la vulve ou de l'extrémité inférieure du vagin ; d'autre part, que la *douleur* est bien l'élément essentiel de cet état pathologique, et que la contraction n'est qu'un phénomène accessoire, secondaire, ne se développant ja-

mais spontanément et sans l'explosion préalable d'une sensation douloureuse, résultant elle-même d'un contact exercé sur les parties malades.

Ce premier point établi, il ne peut plus y avoir le moindre doute sur la nature du *vaginisme* observé chez les femmes atteintes de l'une ou de l'autre des nombreuses lésions vulvaires que je viens de signaler à votre attention. Mais en est-il de même lorsque l'examen le plus attentif et le plus compétent ne permet de découvrir l'existence ni de l'une ni de l'autre de ces altérations ; lorsque la muqueuse vulvaire parfaitement saine ne présente ni la moindre rougeur ni la plus petite érosion ; lorsqu'il n'y a pas la moindre fissure à l'anus ; lorsque tout le système génital est, en apparence du moins, dans le plus parfait état d'intégrité ?

Je n'ai pas le moins du monde l'intention, croyez-le bien, Messieurs, de révoquer en doute l'existence de ces faits, qui, je dois bien vous le dire, ne sont pas nombreux, mais qui cependant ont été observés dans des conditions telles qu'il n'est pas possible de se refuser à leur accorder une place importante dans l'histoire de la maladie qui nous occupe. Les plus remarquables ont été publiés par M. Marion Sims (1), par M. Caffe (2) et par d'autres observateurs également distingués. Ce sont ceux dans lesquels la maladie a été le plus rebelle, et qui ont, par cette raison même, servi de prétexte aux tentatives thérapeutiques les plus hardies, je pourrais dire les plus cruelles, en même temps que les plus infructueuses.

(1) Marion Sims, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine.*
(2) Caffe, *Union médicale*, 31 mai 1866.

Ce qui m'a surtout frappé dans l'étude attentive de ces observations, sur lesquelles on s'est tout particulièrement fondé, pour admettre et créer, pour ainsi dire, de toutes pièces l'existence d'un vaginisme idiopathique, c'est que si la douleur était excessive, son intensité ne répondait pas à celle de la contracture. Cette dernière se laissait facilement vaincre au moyen de divers artifices, sans que la douleur cédât et fût en aucune façon amoindrie, même après les manœuvres qui avaient donné à l'orifice vulvaire des dimensions plus que suffisantes pour lui permettre d'être traversé sans la moindre difficulté par des corps d'un volume de beaucoup supérieur à celui du membre viril.

Comment donc expliquer la persistance d'une semblable douleur, provoquée souvent par le contact le plus léger? Tout simplement, Messieurs, par l'existence d'une maladie douloureuse entre toutes, par une *névralgie*. Est-ce que les branches du plexus lombaire ne peuvent pas être prises de névralgie comme tous les autres nerfs sensitifs de l'économie? Est-ce que nous n'avons pas en particulier la branche à laquelle Chaussier avait donné le nom d'iléo-scrotale ou d'*iléo-vulvaire* suivant le sexe, et la branche terminale du *nerf honteux interne*, dont les rameaux se distribuent à la grande lèvre et à l'entrée de la vulve? Et si l'une ou l'autre de ces branches est affectée de névralgie, ne peut-on pas être exposé à voir survenir, à la moindre pression, ces explosions, ces irradiations de douleur dont Valleix a si bien démontré l'importance dans toutes les névralgies ? Et ne savons-nous pas, d'autre part, combien sont fréquentes les

contractures musculaires qui accompagnent le symptôme douleur dans les névralgies des nerfs mixtes?

Ces névralgies nous rendent compte de la plupart des cas dans lesquels on a pu croire à un vaginisme essentiel parce qu'on n'avait constaté aucune lésion vulvaire apparente. M. Noël Guéneau de Mussy (1) en a cité de remarquables exemples en rappelant ceux qui avaient été déjà publiés par Landry et il n'a pas méconnu non plus l'influence de l'*ovarialgie* que je me borne à vous signaler en ce moment et sur laquelle j'aurai occasion de revenir avec plus de détails, quand, dans une autre leçon, je vous ferai l'histoire de cette névralgie viscérale.

La pathogénie du vaginisme étant ainsi comprise, le traitement devient simple et facile. Combattre la maladie qui lui a donné naissance. En fait on le voit disparaître comme par enchantement toutes les fois que cette maladie vient à se guérir. C'est ce qui arrive toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une simple lésion vulvaire. Quelques cautérisations au nitrate d'argent dans les cas d'érosion de la muqueuse ou d'inflammation folliculaire; quelques injections, quelques bains suffisent alors pour que la muqueuse revenant à l'état normal, les fonctions génitales se puissent accomplir sans le moindre empêchement. Si la lésion locale résiste à un traitement topique, c'est qu'elle dépend elle-même de causes plus générales, et le traitement doit alors être dirigé en conséquence; c'est ainsi que des préparations arsénicales

(1) Noël Guéneau de Mussy, *Gazette des hôpitaux*, 1842, et *Clinique médicale*, t. II, 1875, p. 353 et suiv.

convenablement administrées dans des cas d'herpès ou d'eczéma de la vulve ont guéri le vaginisme en faisant disparaître les manifestations de la diathèse sous l'influence de laquelle il avait pris naissance.

Malheureusement, toutes les maladies qui s'accompagnent de ce symptôme ne sont pas aussi faciles à guérir, et au premier rang des plus rebelles, il faut placer la névralgie dont je vous parlais en dernier lieu et qui là, comme partout, peut être d'une ténacité désespérante. Il faut bien dire qu'elle n'a pas été suffisamment attaquée ni combattue jusqu'à ce jour, parce que son influence était méconnue. Mais il suffira que l'on sache l'importance du rôle qu'elle joue pour s'appliquer à la reconnaître et à diriger contre elle toute l'action thérapeutique, dont l'efficacité sera par conséquent d'autant plus grande, que l'on agira méthodiquement désormais au lieu d'aller en quelque sorte à l'aventure, comme on l'a fait jusqu'à ce jour en employant, sans trop savoir pourquoi, les traitements les plus variés au milieu desquels les narcotiques jouaient toujours le rôle le plus important.

C'est ainsi que j'ai pu, moi aussi, obtenir des guérisons que j'ai attribuées à un autre mécanisme, dans des cas où, préoccupé surtout de la contracture des sphincters, j'ai conseillé l'introduction dans le vagin de mèches d'un volume graduellement croissant ; seulement j'avais eu soin de faire enduire ces mèches d'une pommade composée, soit avec de l'extrait de belladone, soit avec de l'iodoforme. Je me demande aujourd'hui si l'action dilatatrice, sur laquelle je comptais surtout alors, n'a pas été primée par l'action

narcotique de l'agent médicamenteux, entrant dans la composition de ces pommades.

Quoi qu'il en soit, comme ce moyen m'a parfaitement réussi dans plusieurs cas, je ne puis m'empêcher de vous le recommander.

S'il y a de la rougeur ou des excoriations de la muqueuse, je donne la préférence à l'iodoforme et je formule ainsi la pommade à employer.

℞ Poudre d'iodoforme....	ãã 2	grammes.
Beurre de cacao.......		
Axonge récente........	15	—

M. s a.

S'il n'y a que de la douleur sans aucune altération apparente de la muqueuse, je prescris :

℞ Extrait de belladone...	3	grammes.
Axonge récente........	15	—

M. sa.

Dans un cas comme dans l'autre, je prescris de faire des mèches de charpie aussi peu volumineuses que l'on voudra, pour commencer, et, afin de ne pas effrayer la malade, je la charge de les confectionner elle-même en lui recommandant de compter les brins de fil qui entrent dans la composition de chacune de ces mèches, destinées à être introduites chaque soir dans le vagin, après avoir été enduites de l'une ou de l'autre des deux pommades ci-dessus formulées. Si on se sert d'abord de la pommade à l'iodoforme, on pourra, au bout de quelques jours, la remplacer par la pommade belladonnée, lorsque la rougeur et les excoriations, ou les éruptions de la région vulvaire auront disparu. Seulement, dans un cas comme dans

l'autre, on aura soin d'augmenter chaque jour, d'une quantité imperceptible, mais déterminée à l'avance, le nombre des fils employés, 10, 12 ou 15 par exemple. On arrivera ainsi fatalement au bout d'un certain temps, qui ne sera jamais très long, à faire usage d'une mèche d'un volume assez respectable pour que, aussitôt après l'avoir enlevée, on puisse la remplacer par un membre viril sans que la substitution détermine aucune douleur. C'est ainsi que les choses se sont passées dans un certain nombre de cas que j'ai traités par le moyen que je viens de vous indiquer ; et, quoique je sois, comme je vous le disais il n'y a qu'un instant, disposé à attribuer la meilleure part de ces guérisons à l'action du narcotique dont se composait ma pommade, je persiste cependant à penser que l'action mécanique exercée par la mèche à volume graduellement croissant n'a pas été complètement inutile. Une action absolument semblable a été obtenue par le massage et la dilatation brusque, mais non excessive, suivie de l'application de substances également narcotiques, entre les mains d'autres praticiens qui reculent comme moi devant les opérations sanglantes et souvent dangereuses auxquelles M. Marion Sims a cru devoir systématiquement soumettre toutes ses malades.

La seule de ces opérations que je pourrais accepter est celle qui consiste dans l'ablation des lambeaux de l'hymen, ulcérés ou enflammés. Quoique je préfère la cautérisation simple, parce qu'elle m'a toujours parfaitement réussi en cas pareil, je comprends que si l'on tient absolument à aller plus vite, et pour se mettre complètement à l'abri des récidives, on excise

les caroncules myrtiformes avec le bistouri, et qu'après avoir enlevé ces saillies de la muqueuse, proéminentes et boursouflées, on cautérise la surface saignante pour obtenir une cicatrisation plus rapide et plus durable.

Mais, hors ce cas, je proscris d'une façon formelle les opérations sanglantes, surtout celles qui consistent dans des sections musculaires, faites, soit à ciel ouvert, soit par la méthode sous-cutanée ou pour mieux dire sous-muqueuse.

Ce n'est pas tout que de guérir le vaginisme ; le plus intéressant peut-être est de l'empêcher de se produire, et c'est à cela surtout qu'il faut appliquer tous nos soins. Je crois vous avoir suffisamment démontré que cet état morbide n'a rien d'essentiel, que c'est un symptôme dépendant d'un certain nombre de maladies diverses, pour que vous soyez bien pénétrés de cette vérité et que vous ne songiez plus à vous attaquer, comme on a eu si grand tort de le faire, à une véritable entité morbide, qui reconnaîtrait toujours la même cause et qui serait justiciable d'un traitement identique aussi bien que d'une prophylaxie uniforme. Cependant, tout en tenant compte et des faits que je viens de faire passer sous vos yeux et des réflexions qu'il m'ont suggérées, vous ne pouvez encore avoir oublié les faits contradictoires qui ont pu vous être présentés par des Maîtres éminents, au savoir, au jugement et à l'esprit distingués desquels je me plais à rendre hommage. Mais ces faits prêtent tous à la discussion. — Vous avez maintenant le criterium à l'aide duquel il vous est permis de les apprécier et de les juger, et si vous voulez les faire passer successivement au crible d'une saine et

impartiale critique, vous verrez que tous sont justiciables de l'interprétation que je vous ai proposée. Voulez-vous un exemple? Prenons le tout à côté de nous.

Le professeur Lorain, qui, avant de devenir mon collègue dans cet hôpital, avait été un de mes plus affectionnés condisciples, et qui était arrivé en même temps que moi à cet âge où l'on peut écouter impunément toutes les confidences, même les plus scabreuses, vous racontait, il n'y a pas très longtemps encore, dans une de ces intéressantes conférences pleines d'humour et d'entrain dont il avait le secret (1), l'histoire d'une de ses clientes qui après plusieurs années passées dans toutes les joies du mariage et de la maternité, avait perdu son mari. Elle avait supporté assez patiemment son veuvage pendant une assez longue période d'années; puis, après s'être décidée à se remarier, elle n'avait pas été peu surprise de se trouver absolument incapable de remplir auprès de son second mari les devoirs qui lui avaient été si doux et si faciles avec le premier. Elle se consola vite et se résigna au rôle d'amie et de simple compagne de celui dont elle ne pouvait pas être la femme et dont l'ardeur sensuelle était assez éteinte par l'âge pour qu'il acceptât ce rôle sans trop de protestations. — De ce fait, qui l'étonnait, Lorain a cru pouvoir tirer une conclusion relative à l'essentialité du vaginisme et, en cela il me paraît s'être absolument trompé, car d'une part il n'a pas examiné les organes génitaux de sa malade, et rien ne nous

(1) Lutaud, *Le vaginisme,* thèse suivie d'une *Leçon clinique* du professeur Lorain. Paris, 1874.

prouve qu'elle n'eût pas à la vulve quelqu'une de ces lésions souvent superficielles dont je vous ai montré l'influence sur la production du vaginisme, et qui sont surtout fréquentes chez les femmes arrivées à l'âge de la ménopause. Vous devez savoir, en effet, qu'à cette époque de la vie de la femme il n'est pas rare de rencontrer à la vulve des éruptions eczémateuses ou érythémateuses et plus simplement un prurit souvent intolérable, qui sollicite les malades à se gratter avec fureur et fait naître ainsi des excoriations dont la présence peut être le point de départ de tous les phénomènes du vaginisme.

Au surplus, ces organes eussent-ils été examinés et trouvés sains, rien ne nousprouve qu'il n'aurait pas pu y avoir chez la malade de Lorain une de ces névralgies vulvaires, dont je vous ai signalé l'importance, et sur l'influence desquelles l'attention de mon très savant collègue n'avait pas encore été que je sache attirée.

Cette douleur exerce une autre influence, c'est celle de l'appréhension, qui constitue un vaginisme d'un caractère tout spécial, grâce auquel la femme, tout en étant parfaitement capable de pratiquer le coït, n'ose plus s'y livrer. — Il y a là un côté tout particulier de la question, d'autant plus intéressant à étudier que l'appréhension causée par la crainte de la douleur peut se compliquer de la répulsion que la femme éprouve pour l'homme qui ne lui a pas assez ménagé cette douleur lors de ses premières approches.

Ceci me conduit à vous parler de la principale, sinon de l'unique cause du vaginisme. — Les cas dans lesquels il se produit chez les femmes déjà avancées en

âge, comme l'était la cliente de Lorain, sont exceptionnellement rares. — La vérité est qu'on le voit plus habituellement chez les femmes jeunes, nouvellement mariées ou peu de temps après les premières approches sexuelles. Si j'ajoute qu'on l'observe surtout chez les femmes nerveuses prédisposées à l'hystérie et qui sont en même temps d'un tempérament lymphatique et mou, je vous aurai dit tout ce que nous savons relativement à l'étiologie de cet état morbide.

Mais pourquoi se montre-t-il plus fréquemment chez ces sujets? Pourquoi se fait-il qu'il soit surtout la conséquence des premières tentatives du rapprochement sexuel? C'est ce que nous avons à rechercher maintenant, et lorsque nous aurons élucidé cette question, peut-être serons-nous à même de résoudre celle de la prophylaxie et d'indiquer comment il peut être possible de s'opposer à son apparition.

La défloration, qui consiste dans la rupture de la membrane hymen, est une opération toujours douloureuse pour la jeune fille qui s'y soumet. Mais la douleur qu'elle provoque est compensée par la sensation voluptueuse qui lui succède aussitôt. — Supposez que cette compensation fasse défaut, que la sensation voluptueuse ne survienne pas, il ne restera que l'impression de la douleur, dont le souvenir se retrouvera lorsque l'acte devra être répété et sollicitera une appréhension d'autant plus vive que la première opération aura été plus douloureuse.

Continuez vos suppositions et admettez, pour un instant, que la première tentative n'ait pas été suivie d'un succès parfait; que la membrane hymen, au

lieu d'avoir été entièrement déchirée, ait été seulement éraillée et que l'intromission n'ait pas été complète, qu'arrivera-t-il alors? Aux tentatives suivantes la douleur sera plus vive, la petite déchirure faite à la membrane aura déterminé de l'inflammation avec rougeur, gonflement et sensibilité plus grande des parties, telle que le moindre attouchement sera intolérable. — Dès lors, le coït deviendra impossible; la femme, loin de s'y prêter bénévolement comme à la première fois, se dérobera, jettera des cris, se contractera à chaque nouvelle tentative, et, cet état d'exaspération allant croissant, le vaginisme sera constitué. Ce résultat sera d'autant plus rapide que la femme sera plus nerveuse, c'est-à-dire qu'elle sera plus apte à ressentir vivement les impressions douloureuses et qu'elle aura plus ardemment désiré les sensations voluptueuses qui lui font absolument défaut; il sera d'autant plus inévitable que, par sa constitution lymphatique, cette même femme sera moins disposée à la cicatrisation rapide des éraillures, ou excoriations résultant de la première tentative infructueuse.

C'est ainsi que les choses se passent dans un très-grand nombre de cas. Un jeune mari, dont l'ardeur est habituellement excitée par une continence plus ou moins prolongée, est à peine entré dans le lit conjugal, qu'il s'empresse, sans autre préambule, d'en arriver aux fins du mariage. Mais combien calculent mal leur élan et voient tomber leur flamme avant d'avoir pu atteindre le but désiré! — Ceux-là ont à peine eu le temps de frapper à la porte, et ils l'ont fait d'une façon à la fois assez maladroite et assez brutale pour que de longtemps ils ne puissent plus compter la voir

s'ouvrir facilement devant eux. — C'est qu'en effet ils ont déterminé la douleur sans avoir eu le temps ni l'occasion de procurer la sensation contraire qui doit la faire oublier. Chaque nouvelle tentative à laquelle ils se livrent par la suite réveille cette douleur qui les fait repousser de plus en plus énergiquement, et leurs efforts deviennent d'autant plus infructueux, que leur énergie morale et même physique se trouve bientôt amoindrie par tous ces insuccès réitérés.

Que faudrait-il donc pour éviter ces mécomptes? Une seule chose bien simple, c'est que le premier élan fût calculé de telle sorte qu'il permît d'arriver sans encombre au but désiré, et que l'on retardât l'assaut plutôt que de le livrer avant d'être bien certain que l'on pourra pénétrer du premier coup jusqu'au centre de la place.

Je n'insisterai pas davantage sur un sujet aussi scabreux, qu'il était cependant de mon devoir de traiter complètement devant vous, en raison du grand intérêt qu'il comporte. Le but que nous poursuivons nous autorise du reste à aborder des questions qui seraient souverainement déplacées ailleurs et devant un autre auditoire. — Mais nous ne sommes pas dans un salon et je n'ai pas devant moi une réunion de jeunes filles à peine sorties du couvent. Ce sont pourtant ces jeunes filles auxquelles je songe surtout en ce moment, c'est le bonheur de toute leur existence, souvent compromis par une entrée maladroite dans la vie, que je voudrais pouvoir assurer. Souvent leur naïveté et leur inexpérience ne sont pas beaucoup plus grandes que celles du jeune homme qui vient en même temps qu'elles d'entrer dans le monde, et pourtant il est indis-

pensable qu'au moment où ils se trouveront réunis tous les deux, de par la loi, les convenances sociales et la volonté de leurs familles, aussi bien que par leur affection mutuelle, l'un des deux au moins soit assez instruit pour pouvoir faire la leçon à l'autre. — Personne ne disconvient que ce rôle de précepteur ne doive appartenir à l'homme, et cependant, par une inconséquence au moins bizarre, c'est à la femme que l'on donne des instructions, tandis qu'on l'abandonne lui à ses inspirations, qui pourront être plus ou moins heureuses. — Voyez la mère qui entraîne la jeune épouse, et lui adresse ses dernières recommandations en l'éclairant sur ce qui va se passer.

Pourquoi le père n'en fait-il pas autant de son fils? — C'est qu'on suppose que l'expérience lui est venue sans conseils, ou même en dépit des conseils contraires, et que, comme dans la charmante églogue de Longus si délicieusement traduite par Paul-Louis Courier (1), il a dû rencontrer sur son chemin au moins une belle Lycénion, qui aurait fait son éducation, non pas seulement au point de vue théorique, mais aussi et surtout d'une façon tout à fait pratique.

Mais si cette Lycénion a manqué, qui la remplacera ? qui donnera les conseils dont nul ne saurait se passer en semblable occurrence? — J'ai vu un homme, fort intelligent, et je puis même ajouter fort instruit, dont l'inexpérience en ces matières était telle qu'après deux ans de mariage il me conduisait sa jeune femme en me demandant pourquoi ils n'avaient pas d'enfants, ignorant et qu'elle était encore vierge

(1) Paul-Louis Courier, *Les Pastorales de Longus, ou Daphnis et Chloé*. Paris, 1845, p. 394.

et ce qu'il fallait faire pour qu'elle cessât de l'être avant de devenir mère.

A côté de ces jeunes gens trop naïfs, il y a ceux qui ne le sont pas assez et qui, trop empressés d'user de leurs droits, en abusent au point de prétendre triompher par la force de la résistance que leur oppose une pudeur alarmée par des manières qu'ils croient du meilleur goût. Ceux-là débutent souvent par un viol dans cette vie commune qui doit être toute d'affection, de prévenances et d'égards mutuels. C'est une faute grave dont ils peuvent avoir à supporter lourdement les conséquences par la suite, et dont la moindre sera de ne pas avoir assez épargné une douleur qu'il aurait dépendu d'eux de singulièrement amoindrir. Trop heureux si le souvenir de cette douleur ne fait pas naître une répulsion invincible qui lui succède et persiste alors qu'elle a disparu depuis longtemps, donnant lieu à une forme toute particulière de vaginisme, que nous pourrions appeler le *vaginisme par impression morale* ou par *appréhension*.

Vous en avez vu un exemple très-remarquable chez une jeune femme qui venait à notre consultation. Elle avait eu une inflammation légère de la vulve ayant donné lieu à un vaginisme des plus douloureux, qui avait duré plusieurs mois. Je parvins assez facilement à guérir la lésion vulvaire, dès lors il n'y eut plus de contracture douloureuse, et le spéculum put être introduit sans le moindre effort. Je dilatai largement devant vous l'orifice inférieur du vagin sans solliciter aucune douleur, et croyant que tout était terminé, j'annonçai à cette femme qu'elle pourrait désormais remplir sans difficulté ses devoirs conju-

gaux. Mais elle ne voulut pas m'écouter et me signifia qu'elle n'en ferait rien, tant elle redoutait de voir se renouveler les douleurs qu'elle avait déjà éprouvées. Je cherchai à lui démontrer combien elle avait tort, mais vous avez pu voir avec quelle énergie elle se défendait; aussi je suis parfaitement convaincu qu'elle a dû ne tenir aucun compte de nos observations, tant était grande l'appréhension qu'elle éprouvait à l'idée de se voir exposée de nouveau à ce qu'elle appelait son martyre.

Elle n'est pas la seule que j'aie vue dans ces fâcheuses dispositions d'esprit, et je dois dire que cette répulsion instinctive, d'autant plus énergique qu'elle est moins raisonnée, n'est pas le moindre obstacle que l'on puisse rencontrer à l'accomplissement de l'acte conjugal. Les convulsions qui en sont la conséquence s'expliquent facilement; voyez celles de l'enfant à qui vous voulez ouvrir de force la bouche pour explorer son arrière-gorge : elles sont de la même nature et fort souvent invincibles. Celles qui surviennent chez les femmes dans les conditions que je viens de rappeler ont cela de particulièrement fâcheux qu'elles ne tardent pas à épuiser la patience et à user l'ardeur de leurs maris qui, prenant d'autres habitudes, peuvent ne plus se trouver disposés à renouveler leurs efforts lorsque vient à disparaître cette résistance nerveuse, dont la bizarrerie ne leur a pas échappé et contre laquelle la médecine a dû se déclarer impuissante.

En tout cas, puisqu'elle n'est jamais primitive, il faut éviter qu'elle se produise, et l'on y peut parvenir si l'époux tient compte des recommandations qu'il

conviendrait de lui faire au moment où il va entrer dans la vie conjugale.

Avec cette éducation préalable des jeunes époux, la majeure partie des cas de vaginisme que nous avons occasion d'observer cesseront de se produire. Quant aux autres qui pourront survenir sous l'influence de causes diverses, vous êtes suffisamment armés pour les traiter comme il convient, et je crois vous avoir suffisamment indiqué dans le cours de cette Leçon les moyens de les combattre d'une façon promptement efficace.

X

MÉTRITE SIMPLE PARENCHYMATEUSE AIGUE

Nécessité de séparer l'étude de la métrite simple aiguë de celle de la métrite puerpérale. — Excessive rareté de la suppuration du tissu utérin. — La congestion utérine est le premier degré de la métrite parenchymateuse. — Examen et discussion des symptômes. — Action exercée par l'utérus enflammé sur les organes voisins. — La métrorrhagie est rare, mais la dysménorrhée est fréquente. — La métrite aiguë est toujours générale. — Étiologie. — La métrite des filles vierges. — Métrite de la ménopause. — Métrite post-puerpérale. — Diagnostic différentiel. — Marche. — Pronostic. — Traitement.

Messieurs,

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'une malade qui, tout en nous présentant une des formes les plus rares de l'inflammation utérine, nous permettra de commencer l'étude de la métrite, la plus commune, bien certainement, de toutes les maladies qui peuvent affecter la matrice.

Il est, je dois vous le dire tout d'abord, extrêmement difficile de délimiter la part qui revient à l'inflammation dans la pathologie utérine : suivant les uns, tout en dérive ; suivant les autres, on ne rencontre jamais l'inflammation à l'état simple. De ces deux

excès, la raison vous commande de vous garder avec le même soin.

L'inflammation peut réellement exister dans l'utérus, et, sur ce point, il ne saurait y avoir le moindre doute. Elle y revêt la forme aiguë ou chronique, et c'est surtout à cette dernière que se rapporte la majeure partie de ce qui a été dit de l'engorgement utérin.

En ce qui concerne la métrite parenchymateuse aiguë, qui fera plus spécialement le sujet de cette Leçon, ne croyez pas qu'elle soit anatomiquement constituée par des lésions de tissus analogues à celles que vous rencontrez dans d'autres parenchymes, dans le poumon, par exemple, où l'extrême vascularisation de l'organe donne au travail phlegmasique toute facilité pour se développer d'une façon en quelque sorte typique.

Si vous voulez parfaitement vous rendre compte de la nature et de l'étendue des altérations que le travail inflammatoire peut produire dans l'utérus, rappelez-vous ce qui se passe dans un autre organe dont la structure est sensiblement la même : le cœur. L'un et l'autre sont des muscles creux, revêtus à l'extérieur et tapissés à l'intérieur de membranes d'une délicatesse extrême. Pour l'un comme pour l'autre, on voit l'inflammation s'arrêter assez souvent aux membranes, sans envahir le parenchyme. Mais est-ce à dire que ce dernier ne soit jamais atteint? L'augmentation de volume du cœur, le ramollissement ou l'induration de son tissu, les changements de coloration qu'il présente à la coupe, lorsque le malade a succombé à une violente endo-péricardite, prouvent que le tissu musculaire ne reste pas étranger à l'inflammation et qu'on ne peut nier l'exis-

tence de la cardite parenchymateuse aiguë. Il en est de même de la métrite parenchymateuse, et je parle de celle qui peut se produire en dehors de l'état puerpéral.

Quant à celle qui est liée à la puerpéralité, c'est une affection tout autre, et dont l'étude ne saurait être logiquement rapprochée de celle des maladies de l'utérus non gravide. Je dois donc vous prémunir contre la déplorable habitude, qui a été trop généralement prise, d'englober dans une seule et même description les phlegmasies survenues après l'accouchement, avec celles qui se produisent en dehors de toute influence puerpérale. Il y a là une confusion regrettable, qui a été entretenue et propagée par les travaux de quelques-uns des accoucheurs les plus distingués de notre époque, et que cependant il importe de dissiper.— Certes, la pathologie des organes génitaux de la femme a, nous devons le reconnaître, réalisé un grand progrès à dater du moment où les médecins ont pris, dans la pratique des accouchements, la place qui était autrefois exclusivement occupée par les sages-femmes, et je suis loin de nier les importants services que les accoucheurs, principalement ceux des trois derniers siècles, ont rendus à la science. J'aurai du reste assez souvent occasion de citer les opinions de plusieurs d'entre eux, ou de m'appuyer sur l'autorité de leurs travaux, pour montrer que je sais apprécier leurs mérites. Mais je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer que, dans leurs descriptions des maladies des femmes, ils ont — en vertu d'une tendance qui s'explique tout naturellement — pris l'habitude de choisir pour types celles de ces maladies qui s'observent chez les femmes nouvellement accouchées.

En procédant ainsi à propos des inflammations des organes génitaux, — celles de l'utérus aussi bien que celles de l'ovaire, — ils ont tracé de ces maladies des tableaux véritablement fantastiques, dans lesquels il nous est absolument impossible de reconnaître ces phlegmasies, telles que nous les observons tous les jours, en dehors de la puerpéralité. Il y a bien inflammation dans les deux cas, et il se peut que, nosologiquement, la nature de la maladie soit la même ; mais, cliniquement, il y a, entre la métrite puerpérale d'une part et la métrite simple d'autre part, la même différence qu'il y a entre l'érysipèle phlegmoneux ou l'érysipèle traumatique, que vous voyez survenir dans les salles de chirurgie, sous certaines influences épidémiques, et l'érysipèle simple, léger, bénin, celui de la face, par exemple, que nous observons si souvent dans nos services de médecine. Cette différence est capitale, et elle doit nous imposer l'obligation de décrire séparément, comme deux maladies parfaitement distinctes, ces deux affections qui n'ont ni la même marche, ni la même terminaison habituelle, ni la même expression symptomatique générale.

Je comprends donc que certains auteurs aient parfaitement admis l'existence de la métrite puerpérale, tout en continuant à contester celle de la métrite parenchymateuse simple aiguë, laquelle est non-seulement beaucoup moins grave, mais surtout infiniment moins fréquente.

Quant à moi, je ne vous aurais même pas parlé, en ce moment, de la métrite puerpérale si nous n'avions pas à traiter la question de savoir si la métrite parenchymateuse est, ou non, susceptible de se terminer par

suppuration. Vous n'ouvrirez pas un recueil, pas un traité spécial quelconque sans y trouver la description de nombreux abcès observés dans l'épaisseur des parois utérines ; et, pour peu que vous ayez assisté à quelques autopsies de femmes mortes à la suite de couches, vous avez vu par vous-même de ces collections purulentes, réunies sous forme d'abcès, dans les parois de l'utérus. Il vous semble donc tout naturel de penser que la terminaison par suppuration est chose fréquente, au moins dans la métrite puerpérale, et mon opinion vous paraîtra certainement hasardée si je vous dis que rien n'est plus rare que la suppuration du tissu utérin, même dans cet état puerpéral. Telle est pourtant la vérité. Si on vous a enseigné que l'on trouve du pus dans l'épaisseur des parois utérines; si vous-mêmes vous en avez rencontré, c'est que ce pus était à l'intérieur des veines ou des lymphatiques, et non pas réuni en abcès formés aux dépens mêmes de la substance de l'organe.

S'il en est ainsi à la suite des couches, à plus forte raison doit-on admettre que, en dehors de la puerpéralité, le parenchyme utérin, au milieu duquel le tissu cellulaire est si rare, est peu apte à suppurer. Cependant, Scanzoni (1) cite un cas d'abcès développé dans les parois de l'utérus et ouvert à la région antérieure de l'abdomen ; et Fred. Bird a rapporté, en 1843 (2), un exemple d'abcès de la paroi postérieure de l'utérus ouvert dans le rectum. Les faits de ce genre sont, en tout cas, de véritables exceptions et peuvent passer à bon droit pour des raretés pathologiques.

(1) Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels de la femme.*
(2) Bird, *The Lancet*, 1843.

Barth, dont la compétence était si grande en anatomie pathologique, nous a dit n'avoir, dans ses nombreuses recherches nécroscopiques, rencontré qu'une seule fois du pus réuni en petits abcès formés aux dépens du tissu même de l'utérus. J'ai eu l'occasion de voir, dans un cas (1), l'inflammation de l'utérus poussée, en quelque sorte, jusqu'à ses dernières limites et cela sans la moindre trace de suppuration. Il y avait, à la suite de tentatives criminelles d'avortement, une perforation du fond de l'organe, qui avait déterminé la gangrène d'une portion des parois, avec un peu de rougeur inflammatoire autour des parties gangrenées; mais d'abcès, point.

Au surplus, il se passe, vous ai-je dit, dans l'utérus des phénomènes analogues à ceux qui ont lieu dans les inflammations du cœur, et vous savez que les organes à texture musculaire suppurent difficilement. On a bien cité quelques exemples d'abcès des parois cardiaques, mais ils sont extrêmement rares, et, dans un certain nombre d'entre eux, on a reconnu que la prétendue collection purulente n'était autre chose que de la fibrine dissociée, et enkystée sous un caillot dans des points où les parois cardiaques se trouvaient amincies.

En ce qui concerne la métrite parenchymateuse aiguë, les notions d'anatomie pathologique ne peuvent être ni bien nombreuses ni bien précises, car cette maladie n'entraîne pas la mort par elle-même; il est donc

(1) T. Gallard, *Bulletin de la Société anatomique*, 2e sér., II, p. 467, déc. 1856. — *De l'avortement au point de vue médico-légal*, Paris, 1878.

rare qu'on puisse apprécier à l'autopsie les lésions qui lui sont propres. L'examen nécroscopique n'a pu être fait que dans les cas où une affection intercurrente est venue mettre un terme aux jours de la malade, ainsi que dans ceux où une maladie plus grave, développée soit dans l'utérus, soit dans le voisinage, a d'abord causé l'inflammation utérine avant de déterminer la mort. Dans tous ces cas, on a pu constater la tuméfaction, la rougeur, la vascularisation du tissu utérin et quelquefois même son ramollissement, quoique cette dernière altération soit infiniment plus rare et qu'il soit possible de la rapporter aussi bien à l'inflammation chronique qu'à l'inflammation aiguë. Toutes ces lésions peuvent, du reste, être aussi facilement constatées pendant la vie qu'après la mort, et elles font partie autant de la symptomatologie que de l'anatomie pathologique de la métrite simple parenchymateuse.

Pour reprendre notre comparaison, disons que, dans l'utérus, la séreuse et la muqueuse s'enflamment fréquemment ; de même que, dans le cœur, les deux séreuses se prennent souvent, soit simultanément, soit isolément, sans que le tissu musculaire qui les sépare soit pour cela altéré dans sa texture anatomique. La seule lésion qu'on pourrait, dans ces cas, rapporter à l'inflammation serait l'augmentation de volume, laquelle s'observe aussi bien dans le cœur que dans l'utérus, concurremment avec la phlegmasie des membranes, et qui, dans ce dernier organe, est généralement désignée sous le nom d'engorgement.

La muqueuse qui tapisse la cavité de l'utérus, la séreuse qui revêt sa face externe, s'enflamment d'habitude isolément, comme je viens de le dire ; mais il

n'en est pas de même du tissu intermédiaire, car la nature sépare rarement l'inflammation du parenchyme de celle de l'une ou de l'autre des membranes qui y adhèrent; aussi est-il extrêmement rare de rencontrer la métrite parenchymateuse simple et isolée, surtout à l'état d'acuité. Cependant, pour être rare, cette phlegmasie ainsi isolée n'est pas impossible, et je dirai même que si une chose doit nous étonner, c'est qu'elle ne soit pas plus fréquente. Voyez, en effet, quelles circonstances favorables concourent à sa production: chaque mois, au moment des règles, on remarque du côté de l'utérus un état de congestion, qui est surtout sensible à l'époque de la première menstruation. Les femmes se plaignent de douleurs vives à l'hypogastre et dans les lombes, de pesanteur au périnée ; elles sont tourmentées par des nausées, quelquefois par des vomissements, et ressentent un malaise général assez indéfinissable ; ces symptômes cessent ordinairement à l'arrivée du flux menstruel. Ils sont le résultat de la congestion qui accompagne physiologiquement l'éruption cataméniale. Supposez que cet état *physiologique* s'exagère, il deviendra alors un état *morbide* et constituera la maladie désignée tantôt sous le nom de *Fluxion,* tantôt sous celui de *Congestion active de l'utérus*. Admettez un degré de plus dans cette congestion active (bien différente de la congestion passive, due à un obstacle au cours du sang veineux), elle s'accompagnera d'une sorte de mouvement fébrile ; et si l'écoulement menstruel ne se fait pas, la congestion, qui devait se dissiper sous l'influence de cette hémorrhagie naturelle, persistera ; alors vous aurez le premier degré de l'inflammation de l'utérus.

La ligne de démarcation entre la congestion et l'inflammation est donc pour ainsi dire insaisissable, et en cela la pathologie utérine ne fait plus exception à la règle commune, car dans la pneumonie, par exemple, on éprouve la même difficulté à dire où finit la congestion, où commence l'inflammation vraie. C'est que la congestion et le premier degré de l'inflammation ne sont qu'un seul et même état pathologique. Aran (1) avait entrepris de décrire séparément la congestion active de l'utérus et l'inflammation aiguë de cet organe ; mais j'ai montré ailleurs (2) qu'il n'existe aucune différence réelle entre les deux descriptions qu'il en a données. Si vous voulez bien vous reporter au tableau dans lequel j'ai fait ce rapprochement, vous y verrez la preuve de l'inanité des prétendus signes à l'aide desquels on a essayé de différencier des choses parfaitement identiques. D'autre part, observez les malades par vous-mêmes, en dehors de toute idée préconçue, et, après avoir inutilement cherché dans la symptomatologie des signes différentiels, qui n'existent pas, vous ne tarderez pas à être convaincus de cette vérité : que la congestion active est le premier degré de la métrite parenchymateuse aiguë.

Examinons à ce point de vue la femme qui est couchée, depuis le 5 de ce mois, au n° 20 de notre salle Sainte-Marthe. Elle est âgée de vingt-neuf ans, d'une constitution moyenne, et présente les attributs du tempérament bilioso-sanguin. Depuis huit jours, elle ressent des douleurs à la région hypogastrique, avec irradiations à la partie interne des cuisses et dans la

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.*
(2) Voyez *Union médicale*, 1860, t. VI, page 370.

région lombaire. Du 17 au 24 du mois dernier, les règles se montraient, chez elle, après un retard de deux mois et n'étaient pas plus abondantes que d'habitude. Le lendemain du jour où elles cessèrent de couler, la malade fut prise de lassitude, de douleurs hypogastriques avec frissons, fièvre et vomissements bilieux; le ventre devint tendu et sensible à la pression. Le 2 de ce mois, la douleur s'irradiait à la région lombaire et aux cuisses, et produisait une certaine dysurie. La malade était en proie à l'agitation et à l'insomnie.

Le jour de son entrée, elle avait une fièvre modérée, le pouls battant 76 pulsations; la peau était modérément chaude; la palpation abdominale était douloureuse dans la région hypogastrique; la main, appliquée sur cette région, y constatait une augmentation sensible de la température. Par la percussion, on constatait une matité de deux travers de doigt au-dessus du pubis; il y avait un écoulement vaginal muqueux peu abondant. Au toucher vaginal, on trouvait le col de l'utérus bas, gros, chaud, douloureux à la pression; les tissus voisins étaient souples et indolents, sans empâtement. On ne sentait pas d'ulcérations, mais des inégalités à l'orifice du col, qui était assez largement entr'ouvert pour admettre l'extrémité du doigt. — Notez que notre malade a eu trois enfants. — Par le toucher rectal, on reconnaissait que les parois du vagin étaient souples, ainsi que les tissus péri-utérins, tandis que le corps de l'utérus était volumineux. Par la palpation abdominale unie au toucher vaginal, on saisissait entre les deux mains le corps de l'utérus, augmenté de volume, et on le trouvait incliné en avant et à

droite. Le toucher, pratiqué la femme étant debout, confirmait tous les signes précédents. Le spéculum n'a pas été appliqué ; il ne pouvait nous renseigner que sur la coloration du col, et je n'ai pas cru devoir pratiquer cette exploration. qui eût développé de la douleur sans nous fournir de renseignements utiles.

J'ai prescrit une tisane rafraîchissante, un bain, des cataplasmes et des injections laudanisés, des bouillons et des potages. Il y a de cela quarante-huit heures ; et comme les signes sont aujourd'hui les mêmes, comme il n'y a pas d'amélioration, je viens d'ordonner l'application de six sangsues sur le col de l'utérus.

D'après les symptômes que je viens de vous énumérer, vous ne sauriez douter qu'il existe chez notre malade un état phlegmasique de l'utérus. En effet, elle a de la fièvre ; cette fièvre n'est pas essentielle, car nous trouvons de la douleur, de la chaleur et de la tuméfaction qui, localisées dans l'utérus, indiquent que cet organe est bien réellement le siège d'une inflammation. Cette inflammation est bien aiguë, car elle ne date pas de plus de huit jours. Elle occupe le parenchyme de l'organe et non sa muqueuse, car nous ne sentons ni ces ulcérations ni ces fongosités qui n'échappent pas à un doigt un peu exercé ; car au surplus l'écoulement vaginal est presque insignifiant. Nous avons donc affaire à une métrite parenchymateuse aiguë. Cette métrite est simple, puisque nous ne trouvons aucune complication ; s'il en survient plus tard, nous les considérerons donc comme effet et non comme cause, et ce point est important à établir, car si la métrite parenchymateuse aiguë est rare à l'état de simplicité, elle se présente beaucoup plus fréquemment comme complication ou

épiphénomène d'états pathologiques divers, sur lesquels je ne crois pas devoir insister en ce moment.

Mais, me direz-vous, pourquoi considérer cet état comme phlegmasique plutôt que comme congestif? Si l'existence de la métrite parenchymateuse est contestée, celle de la congestion active l'est moins, et puisque les deux descriptions doivent être réunies en une seule, peut-être vaudrait-il mieux conserver le titre de congestion? — Dans tout autre cas, on pourrait peut-être procéder ainsi ; mais dans le cas actuel cela n'est pas possible. Le cachet inflammatoire de la maladie est beaucoup trop manifeste, chez ce sujet, pour qu'on puisse se dispenser d'en tenir compte, et, d'un autre côté, la marche et l'évolution des symptômes ne répondent pas du tout à l'idée qu'on se fait de la congestion utérine, dont le caractère principal est une sorte de périodicité dans l'apparition des phénomènes morbides, se manifestant presque chaque mois, au moment des règles.

Chez notre malade, il n'y a rien eu de pareil. Elle a été réglée pour la première fois à dix-sept ans, elle devint bientôt enceinte ; à la suite de son accouchement, s'étant levée après neuf jours, elle eut des douleurs abdominales, et la sensation d'un corps pesant sur la vulve ; d'après les renseignements qu'elle nous donne, on ne peut savoir s'il y a eu alors chute de l'utérus ou seulement de la muqueuse vaginale. Elle passa dix mois au lit, épuisée par des métrorrhagies et des pertes en blanc. Cette femme eut ensuite deux autres enfants, le dernier il y a deux ans. Depuis ce temps, elle a bien eu, il est vrai, des douleurs hypogastriques, surtout aux époques menstruelles, mais jamais elle n'avait

éprouvé de phénomènes semblables à ceux que nous constatons aujourd'hui.

De plus, si nous rapprochons les symptômes observés chez cette femme de ceux qui sont décrits par les auteurs comme constituant le premier degré de la métrite, nous voyons qu'ils n'en diffèrent sous aucun point. Vous avez remarqué les douleurs lombaires qu'elle accuse et qui, outre leur extrême vacuité, offrent ce caractère, de s'irradier dans diverses directions. Fleetwood Churchill (1) a assigné à ces irradiations trois centres principaux qui se trouvent, d'une façon presque constante, chez les femmes affectées de métrite : l'un siège à l'articulation sacro-coccygienne, le deuxième le long de la symphyse sacro-iliaque, et le dernier s'étend le long de la cuisse jusqu'au genou ; notre malade présente le dernier et le premier de ces points douloureux, nous nous sommes assuré de la non-existence du deuxième.

On a également noté, comme signes assez caractéristiques de la métrite, la lassitude et la faiblesse qui obligent les malades à rester couchées, ainsi que la sensation d'un poids très lourd, très pénible dans le bassin, avec besoins fréquents d'expulsion retentissant sur l'anus et sur la vulve ; notre malade a eu autrefois un prolapsus soit de la muqueuse vaginale, soit de l'utérus, et on pourrait rapporter à cette affection les pesanteurs, les besoins d'expulsion qu'elle a éprouvés alors ; mais aujourd'hui que ce prolapsus n'existe plus, les mêmes phénomènes persistent, et force nous est bien de les rattacher à une autre cause : la phlegmasie utérine.

Dans cette inflammation, le ventre est tuméfié, il de-

(1) Fleetwood Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*. 2e édition, par Leblond. Paris, 1874, p. 322.

vient chaud et tendu, et j'attire, en passant, votre attention sur ce phénomène que je vous ai déjà fait constater dans les salles : l'élévation de température de la région hypogastrique est plus grande que celle des autres régions de l'abdomen. Le toucher est douloureux; le col est presque toujours entr'ouvert ; et vous vous rappelez que ces signes existent chez notre malade. La patiente éprouve une sensation de prurit à la vulve qui ne peut être expliquée par la quantité de l'écoulement, et quoique cette sensation de prurit ne soit pas accusée par notre malade, vous avez vu qu'elle présente un écoulement vaginal peu abondant et muqueux. Je dois vous dire, à ce propos, que l'inflammation de la muqueuse utérine, avec les diverses formes d'ulcération qui en sont la conséquence, a, plus que la métrite parenchymateuse, pour effet de déterminer ces écoulements purulents ou mucoso-purulents, qui se rencontrent si fréquemment chez nos autres malades.

Quelquefois, dans le cours de la métrite, les seins augmentent de volume et deviennent douloureux. L'appétit diminue. Les vomituritions sont fréquentes, mais les vomissements sont rares, et ils sont plutôt sympathiques que symptomatiques d'une inflammation du péritoine, développée par suite de l'extension de la phlegmasie utérine, cette propagation étant extrêmement rare en dehors de l'état puerpéral.

L'utérus enflammé exerce sur les organes voisins une action que vous ne devez pas ignorer et qui donne lieu, suivant les cas, à des symptômes fort différents, opposés même.

Le premier effet de l'inflammation est d'augmenter

le volume et le poids de l'utérus. Or, cet organe étant placé, comme vous le savez, dans une sorte d'équilibre instable, peut basculer autour d'un axe fictif, situé au niveau de l'insertion du vagin sur le col. Comme il est naturellement un peu incliné en avant, s'il augmente de poids, cette inclinaison se prononcera davantage, et, par suite du mouvement de bascule qui en résultera, le fond de l'utérus viendra, en s'abaissant, appuyer sur la vessie, de haut en bas, à mesure que le col, en se relevant, pressera de bas en haut sur le rectum. D'où envies fréquentes d'uriner et constipation. Que, si le mouvement se faisait en sens inverse, le corps appuyant sur le rectum déterminerait encore de la constipation, comme dans le premier cas; tandis que le museau de tanche, appuyant de bas en haut sur le col de la vessie, ou même sur l'urèthre, déterminerait, en même temps que des besoins fréquents d'uriner, une dysurie très marquée, pouvant aller parfois jusqu'à la rétention d'urine. Ai-je besoin d'insister pour vous faire remarquer quels sont ceux de ces phénomènes qui se sont produits chez notre malade, et cette action mécanique, exercée par un corps lourd, appuyant sur des organes creux, ne vous rend-elle pas parfaitement compte de ce besoin d'expulsion qu'éprouvent les femmes affectées de métrite, et qui, s'ajoutant à la sensation de pesanteur dans le bassin, leur procure un ténesme anal et vésical souvent fort incommode? Enfin, vous comprenez à merveille que ce corps lourd et enflammé, appuyant sur la vessie, d'une part, sur le rectum de l'autre, peut finir par les enflammer eux-mêmes et aggraver ainsi les symptômes de dysurie, tout en faisant succéder, du côté du rectum, la

diarrhée à la constipation, sans que pour cela le ténesme diminue, bien au contraire.

Y a-t-il ou non métrorrhagie dans la métrite parenchymateuse aiguë ? Les règles se suppriment-elles dans cette maladie ? Chez notre malade, les règles étaient supprimées depuis deux mois quand l'inflammation envahit l'utérus. En général, on n'observe pas de métrorrhagie, et la suppression des menstrues est plus ou moins complète dans le cours de la métrite. Mais cette règle souffre de nombreuses exceptions. M. Hérard a rapporté des exemples de métrorrhagie qui ne reconnaissaient pas d'autre cause que la métrite elle-même. Vous avez vu tout dernièrement un cas pareil chez une jeune fille couchée au n° 52 de la salle Sainte-Marthe, qui, par excès de coït, avait contracté une métrite à forme hémorrhagique. Mais ces hémorrhagies sont bien plutôt un symptôme de la métrite interne ou muqueuse dont je vous parlerai dans la prochaine Leçon, que de la métrite parenchymateuse qui nous occupe aujourd'hui.

Dans le cas présent, la phlegmasie a été bien nettement limitée au parenchyme utérin sans s'étendre jusqu'à la muqueuse. Il est extrêmement rare qu'il en soit ainsi, et dans la métrite simple aiguë on voit le plus généralement la portion de muqueuse qui tapisse le col, participer à l'inflammation, et se couvrir d'ulcérations que l'on constate et par le toucher et par l'examen au spéculum.

Ces ulcérations sont infiniment plus intéressantes à étudier dans la forme chronique que dans la forme aiguë de la maladie, et je dois en renvoyer la description au moment où nous nous occuperons de la mé-

trite chronique. — Lorsqu'elles apparaissent dans la métrite aiguë, elles n'exercent sur la symptomatologie d'autre influence que de donner lieu à des écoulements plus abondants et quelquefois à de la métrorrhagie ; mais, quoiqu'elles ne suffisent pas pour nous faire modifier sensiblement le traitement qui doit être dirigé contre la phlegmasie aiguë, elles ont une grande importance pour le clinicien, au point de vue du pronostic, en ce qu'elles lui révèlent la tendance de la maladie à passer à l'état chronique.

La métrite parenchymateuse aiguë n'affecte jamais une partie limitée de l'utérus à l'exclusion du reste de l'organe, lorsqu'elle se présente à l'état de simplicité ; il n'y a donc pas d'inflammation partielle de l'utérus, à moins que cette inflammation ne se soit développée sous l'influence d'une autre affection, telle qu'un cancer, une tumeur fibreuse, ou toute autre maladie grave intéressant soit l'utérus, soit les organes voisins. Je vous dirai, quand je vous parlerai de la métrite chronique, ce qu'il faut penser des métrites partielles admises par Lisfranc ainsi que par madame Boivin et Dugès.

Au premier rang des variétés de la métrite parenchymateuse aiguë, que je dois vous signaler d'une façon spéciale, je placerai celle qui s'observe chez les filles encore vierges, car alors elle affecte une marche et des symptômes un peu différents de ceux qu'elle présente chez les femmes habituées aux rapprochements sexuels. Il n'y a pas très longtemps que l'on a reconnu que les filles vierges peuvent être affectées de métrite, et quoique Lisfranc (1) ait en-

(1) Lisfranc, *Clinique chirurgicale de la Pitié*. Paris, 1843.

trevu la phlegmasie utérine, se produisant dans ces circonstances, c'est à Bennet (1), il faut bien le reconnaître, que nous devons la véritable notion de ce fait clinique. — La métrite des filles vierges, ou métrite virginale, est, aujourd'hui seulement, bien étudiée et il n'est pas de praticien tant soit peu répandu qui n'ait eu occasion de l'observer plusieurs fois, quoiqu'elle ne me paraisse pas aussi fréquente que l'a dit Bennet qui, sur 300 maladies des organes génitaux internes de la femme, a vu 230 cas de métrite, dont 12 chez des filles vierges. Pour mon compte, quoique j'aie eu, il y a quelques années, occasion de faire une Leçon à ce sujet, à propos de deux cas que le hasard avait amenés en même temps dans mon service, c'est à peine si j'en observe 2 ou 3 cas chaque année, tant dans mon hôpital que dans ma pratique civile; ce qui est loin de donner la proportion de plus de 5 vierges pour 100 cas de métrite, qui résulte du relevé de M. Bennet.

La métrite des filles vierges se distingue de celle des femmes par une acuité plus grande; elle se produit souvent à l'époque où s'établit la fonction menstruelle ; elle donne lieu alors à des symptômes d'aménorrhée ou plutôt de dysménorrhée, souvent fort douloureux.

Plus vives et plus intenses que chez la femme qui a eu des rapports sexuels, les douleurs qui la caractérisent affectent le même siège et s'irradient de la même façon vers les lombes, les aines, les cuisses; la sensation de pesanteur dans le petit bassin est moins com-

(1) Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes*, trad. par Aran. Paris, 1850.

mune et moins persistante, mais il y a la même réaction sympathique des seins et les troubles généraux fébriles sont un peu plus intenses. Quant à l'écoulement leucorrhéique, il manque le plus habituellement, sauf lorsqu'il y a des ulcérations qui se produisent sur le col de la fille vierge aussi souvent que sur celui de la femme déflorée. Le diagnostic et le traitement de ces ulcérations nécessitent l'emploi du spéculum, auquel la présence de la membrane hymen n'impose pas un obstacle invincible, mais qui doit être appliqué avec autant de réserve que de discrétion, et en suivant les précautions que je vous ai déjà indiquées lorsque j'ai traité ce sujet délicat (1). Cela est d'autant plus important que les ulcérations sont peut-être plus fréquentes dans la métrite virginale aiguë que dans les autres ; aussi est-ce à elle qu'il convient de rapporter la majeure partie de ce que Aran a décrit sous le nom de métrite interne, à propos de la métrite du col.

C'est, en général, chez les femmes pléthoriques, offrant les apparences du tempérament sanguin et ardent que l'on observe la métrite parenchymateuse aiguë ; chez elles la congestion utérine provoquée par les premières menstruations suffit pour faire naître la maladie. Il y aurait, suivant Bennet, chez certaines femmes une susceptibilité naturelle et spéciale de l'utérus à l'inflammation, mais indiquer cette susceptibilité naturelle ou la rapporter à la constitution, au tempérament, c'est absolument la même chose. L'éducation et les habitudes hygiéniques ne sont pas sans exercer une certaine influence sur la production de la

(1) Voyez p. 275.

métrite. Les mêmes causes qui font que la jeune fille élevée à la ville, au milieu des plaisirs, des agitations de toute sorte qui, par l'intermédiaire de son intelligence ou de son imagination, agissent sur ses sens, est menstruée plutôt que celle qui vit au milieu des champs dans le calme et la solitude, ces mêmes causes, dis-je, font que la congestion physiologique de la menstruation peut dépasser le degré normal et arriver à constituer un état phlegmasique. Cette explication suffit pour nous rendre compte de l'apparition de la métrite aiguë dans un certain nombre de cas. Il paraît qu'en Allemagne l'imagination aurait moins de part à la production de l'inflammation utérine qui cependant serait, dans ce pays, beaucoup plus fréquente qu'en France. S'il faut en croire M. Scanzoni (1), sa cause la plus habituelle serait une excitation beaucoup plus directe des organes génitaux, résultant des habitudes de masturbation qui, d'après cet auteur, seraient invétérées dans tous les couvents et pensionnats de la Germanie.

Les affections pulmonaires et en particulier la phthisie, ainsi que les maladies du cœur ne seraient pas sans exercer une certaine influence sur le développement de la métrite aiguë des filles vierges. A une autre époque de la vie, vers la ménopause, on voit les mêmes causes produire à peu près les mêmes effets et on observe assez fréquemment de véritables poussées aiguës de la phlegmasie utérine qui, dans la période intermédiaire, affecte le plus habituellement une marche chronique. L'influence des affections des voies respi-

(1) Scanzoni, *Métrite chronique*, p. 19. Paris, 1864.

ratoires comme l'emphysème pulmonaire, la bronchite chronique, et les troubles de la circulation cardiaque dont les désordres sont plus fréquents à cet âge ne suffisent pas pour expliquer dans tous les cas la production de cette *métrite aiguë de la ménopause.* Il faut donc reconnaître qu'elle se développe sous une autre influence et que les phénomènes caractéristiques de cet état auquel on a, non sans une certaine raison, donné le nom *d'âge critique* de la femme ne sont pas étrangers à sa production. Il survient, en effet, à ce moment, que l'on appelle aussi le *retour d'âge*, une sorte de réveil des fonctions génitales qui, avant de s'éteindre, semblent subir une sorte de surexcitation. Il en résulte des congestions plus ou moins passagères, dont la persistance et la répétition conduisent d'autant plus inévitablement à la phlegmasie que nous n'avons plus la ressource de la déplétion sanguine qui fait disparaître cette congestion chez les femmes bien réglées. C'est alors que l'on voit survenir un prurit vulvaire souvent insupportable, s'accompagnant de tension dans l'abdomen, de douleurs inguinales et lombaires, et précédant des écoulements divers, tantôt sanguins, tantôt simplement leucorrhéiques, le plus souvent constitués par un liquide glaireux ou muco-purulent plus ou moins fortement teinté de sang. L'excitation qui marque le début de la métrite aiguë de la ménopause a un caractère véritablement fébrile, elle peut cependant avoir une certaine durée, et cet état morbibe est extrêmement important à bien connaître pour ne pas le confondre avec le cancer de l'utérus auquel il est si rationnel de songer chez les femmes de cet âge, présentant les symptômes que je

viens d'énumérer. Je ne m'arrête pas en ce moment sur cette question de diagnostic différentiel qui devra être traitée plus tard.

Une troisième espèce ou variété de métrite parenchymateuse aiguë est celle qui survient, non pas tout de suite après la délivrance — et dont j'ai cru devoir me dispenser de vous parler, pour les raisons que je vous ai indiquées en commençant, — mais peu de temps après l'accouchement, et que Chomel a appelée *post-puerpérale,* pour la distinguer de la métrite puerpérale. Cette métrite, qui peut dépendre de diverses causes et qui, en général, survient chez la malade qui s'est levée trop tôt, ou qui s'ést livrée à l'acte du coït avant que les organes fussent revenus à leur état normal, se distingue par sa marche plutôt subaiguë que franchement aiguë et par sa tendance aux récidives. C'est elle qui passe à l'état chronique et constitue la première période de la maladie que j'aurai plus tard à vous décrire sous le nom de métrite chronique. Elle a cela de particuliculier qu'elle surprend l'utérus au milieu du travail d'involution régressive qui devait le ramener à ses dimensions physiologiques et normales à la suite de l'accouchement et qu'elle empêche ce travail de s'opérer régulièrement.

Les choses se passent de la même manière à la suite de l'avortement, et vous en avez un très remarquable exemple chez une jeune femme de dix-neuf ans et demi, qui suit notre consultation du jeudi. — Elle est d'une très bonne constitution qui n'a pas encore eu le temps d'être détériorée par sa maladie, et quoiqu'elle ait été affectée, il y a plusieurs années, de chlo-

rose, elle ne présente en ce moment aucun des signes de cet état pathologique ; d'où nous pouvons inférer, de suite, qu'il n'y a chez elle aucune prédisposition morbide antérieure, aucun vice constitutionnel qui puisse expliquer sa maladie utérine. Si plus tard la chlorose se reproduit ce sera alors à titre d'accident consécutif, et il ne sera pas permis de la considérer comme une altération primordiale, tenant sous sa dépendance la lésion utérine devenue chronique au début de laquelle nous avons, en quelque sorte, assisté, et qu'il nous a été permis de surprendre en pleine période d'acuité.

Cette femme ayant éprouvé à l'époque dont il vient d'être parlé des privations et de la fatigue a, comme je vous l'ai déjà dit, été chlorotique dès l'âge de quinze ans ; mais depuis, les conditions matérielles de son existence ayant été avantageusement modifiées, sa santé est devenue parfaite et sa menstruation tout à fait régulière, la leucorrhée ayant absolument disparu. — Elle exerce la profession de papetière et est occupée à faire des sacs, ce qui l'oblige à rester debout la majeure partie du temps, mais c'est là sa seule fatigue. — Elle est bien logée, bien nourrie et n'a plus la moindre privation.

Elle s'est mariée à dix-huit ans, et les rapports conjugaux ont eu une influence favorable sur ses fonctions menstruelles qui se sont accomplies plus facilement qu'autrefois; une certaine tension douloureuse de l'abdomen qui précédait alors leur apparition ayant complètement disparu. — Une première grossesse qui est survenue au bout de huit mois, et dont le début n'avait été marqué par aucun accident, s'est terminée, brus-

quement, par un avortement survenu au bout de trois mois, sans cause appréciable, la santé du mari étant aussi exempte que celle de la jeune femme de tout vice constitutionnel, originel ou acquis. La malade s'est levée et a repris son travail, un peu trop tôt à mon avis, après cet avortement, mais elle ne l'a fait qu'avec l'autorisation de la sage-femme, dont elle recevait les soins, et sa santé ne paraît pas avoir eu trop à souffrir de cette imprudence. Une seconde grossesse ne tarda pas à survenir, dont le cours fut interrompu, comme celui de la première, par un avortement au bout de trois mois. — Cette fois encore le repos ne fut pas observé aussi longtemps qu'il l'aurait fallu, et les accidents caractéristiques de l'inflammation utérine ne tardèrent pas à se produire. D'abord la malade éprouva, pendant la station debout, des malaises, des douleurs abdominales et lombaires, de la fatigue dans les cuisses, qui disparaissaient par le repos ; puis le coït devint douloureux et les douleurs qu'il développait sont allées en croissant, de jour en jour, jusqu'à le rendre à peu près intolérable. — En même temps il est survenu de la leucorrhée, ce qui n'avait pas eu lieu après la première fausse-couche. — L'écoulement, d'abord simplement muqueux, est devenu muco-purulent, puis il s'y est mêlé du sang, enfin dans ces derniers jours, c'est-à-dire deux mois après la fausse-couche, les douleurs abdominales et lombaires, tout en augmentant d'intensité pendant la station debout et le travail, n'ont plus disparu par le repos et se font sentir même lorsque la malade garde le lit ; puis il est survenu de l'inappétence et de la fièvre.

C'est alors que la malade est venue nous consulter,

nous avons trouvé son utérus lourd et un peu enclavé quoique cependant encore mobile, mais très douloureux à la pression. Le corps est en antéflexion, le col plus volumineux qu'à l'état normal est d'un rouge violacé et présente une petite ulcération qui occupe le pourtour de son orifice externe. — Les tissus péri-utérins sont parfaitement sains, les culs-de-sacs vaginaux sont souples, exempts d'induration, et la facilité avec laquelle on les déprime sans déterminer la moindre douleur contraste avec la sensibilité excessive que détermine la pression exercée sur l'utérus lui-même.

Ce fait est extrêmement important à retenir, car il contraste avec ce qu'on observe habituellement dans l'état pathologique décrit par Chomel sous le nom de *métrite post-puerpérale*, état dans lequel il y a non seulement de la métrite, mais aussi et surtout de la *phlegmasie péri-utérine*, tandis que dans le cas actuel nous n'avons bien manifestement que de la *métrite simple;* seulement cette métrite est véritablement parenchymateuse, et jusqu'à présent sa marche présente un caractère d'acuité assez marqué pour que j'aie cru devoir vous la présenter comme un type de cette maladie.

Comme toutes les autres inflammations, la métrite parenchymenteuse peut se produire par voie de propagation, seulement le fait est assez rare — on l'observe cependant dans quelques cas de vaginité intense, où, quoique l'inflammation du vagin paraisse devoir se propager de préférence sur la muqueuse utérine, on la peut voir cependant s'étendre jusqu'au parenchyme lui-même comme cela a eu lieu chez la malade du n° 13 de notre salle du Rosaire.

C'est une jeune fille de dix-neuf ans, domestique, d'une bonne constitution comme la précédente, qui s'est présentée à l'hôpital avec un appareil fébrile assez alarmant, une température élevée, près de 38°, de la douleur limitée à la région hypogastrique et en outre quelques rares vomissements. A part ces vomissements et la vaginite, son histoire est à peu près celle des deux malades dont je viens de vous donner l'observation détaillée. Chez elle la poussée inflammatoire s'est portée non sur l'appareil génital en entier, mais uniquement et exclusivement sur l'utérus qui était gros et douloureux, tandis que les ovaires et les ligaments larges ainsi que le péritoine pelvien étaient absolument indemnes.

L'inflammation peut quelquefois affecter la muqueuse de la cavité interne du corps de l'utérus en même temps que le parenchyme ; c'est ce qui a dû exister, à une certaine époque chez notre malade du n° 20 qui, il y a douze ans, à la suite de son premier accouchement, me paraît avoir eu une inflammation de la muqueuse de la cavité du corps de l'utérus. Cette phlegmasie de la muqueuse utérine a bien guéri à cette époque et ne s'est pas réveillée depuis sous l'influence de la métrite parenchymateuse dont elle est aujourd'hui affectée.

Ce n'est pas le moment de vous dire comment cette inflammation de la muqueuse se différencie de celle du parenchyme, mais je dois vous indiquer brièvement quelques signes qui vous empêcheront de confondre cette dernière avec certaines autres maladies dont les symptômes s'en rapprochent beaucoup et qui sont : la péritonite, la phlegmasie péri-utérine, l'ova-

rite, la vaginite, la rectite, la cystite et même la dysenterie.

La péritonite se reconnaît à l'acuïté plus grande de la douleur, étendue à toute la région abdominale ; au ballonnement du ventre, aux vomissements, à la fréquence et à la petitesse du pouls ; à l'expression particulière de la face. Le diagnostic ne peut présenter de sérieuses difficultés que quand l'inflammation utérine, étant fort intense, menace de se propager au péritoine, ce qui est extrêmement rare et n'a, que je sache, peut-être jamais été observé en dehors de l'état puerpéral.

Quant aux phlegmasies péri-utérines, qu'elles soient constituées par un phlegmon, par une inflammation limitée soit à l'ovaire, soit à la trompe, soit à une partie du péritoine-pelvien, elles donnent lieu à la production de tumeurs ou d'empâtements que le toucher permet de constater au voisinage de l'utérus et qui n'existent pas dans la métrite simple. La vaginite se distingue par son écoulement spécial, par sa propagation à l'urèthre, parce qu'elle détermine de la cuisson pendant la miction plutôt que du ténesme vésical.

Enfin la cystite et la rectite ont des symptômes particuliers beaucoup plus spéciaux, plus aigus et plus intenses que ceux qui peuvent résulter d'une simple compression exercée par l'utérus enflammé sur la vessie ou sur le rectum. Il en est de même de la dysenterie, dont une observation superficielle et légère pourrait seule faire assimiler les symptômes à ceux résultant du ténesme rectal et de la sécrétion de mucosités filantes, provenant de l'intestin, qui se produisent assez souvent dans le cours de la métrite paren-

chymateuse aiguë et même chronique. Il suffit d'être prévenu de la possibilité d'une erreur dans ce sens pour éviter de la commettre.

La métrite parenchymateuse aiguë suit, comme toutes les inflammations aiguës, une marche généralement rapide, et se termine le plus souvent par résolution, c'est-à-dire, par la guérison. Mais il peut arriver qu'à une inflammation aiguë succède assez rapidement une autre inflammation de même nature, qui survient avant la complète guérison de la première. Si ces récidives se produisent plusieurs fois, à assez courts intervalles — et elles peuvent y être sollicitées par le retour périodique de la congestion menstruelle — il en résultera un autre mode de terminaison, le passage à l'état chronique. Je vous ai dit, à propos de l'anatomie pathologique, que la terminaison par suppuration du tissu propre de l'utérus, même dans l'état de puerpéralité, n'a jamais pu être constaté d'une façon certaine. Quant à la terminaison par gangrène, je n'en connais pas d'exemple, dans la métrite simple et spontanée.

La métrite parenchymateuse simple aiguë n'étant pas une maladie mortelle, on ne peut pas dire que le pronostic soit grave d'une façon absolue ; mais il l'est au point de vue de la durée, car on doit toujours avoir la crainte de voir la maladie se perpétuer, en passant à l'état chronique, et constituer alors une des affections les plus longues et les plus rebelles que nous connaissions.

En ce qui concerne le traitement de cette maladie, la nature elle-même nous trace la voie que nous devons suivre, et bien aveugles serions-nous si nous

nous en écartions. Vous avez vu la congestion utérine, qui est le premier degré de l'inflammation, se dissiper tout naturellement lorsque les règles se mettent à couler d'une façon convenable. Vous avez vu, d'un autre côté, dans une de ses formes les plus douloureuses, la métrite s'accompagner d'une diminution notable ou même d'une suppression presque complète du flux menstruel. Ne devez-vous pas conclure forcément à la nécessité des émissions sanguines? et, en effet, aucun traitement ne saurait être plus efficace. Ces émissions sanguines doivent être modérées. Rarement il est nécessaire de faire une saignée générale, tandis que les saignées locales sont toujours suivies d'un bon effet. Vous pouvez appliquer quelques ventouses à l'hypogastre ; mais généralement on préfère les sangsues, et on les place, soit sur l'abdomen, soit aux grandes lèvres, soit, mieux encore, sur le col de l'utérus comme nous l'avons fait chez notre malade. Dans le premier cas, il en faut dix ou douze ; dans le second, quatre à six suffisent. Mais il est souvent nécessaire d'y revenir à plusieurs reprises différentes, même quand il y a un peu de métrorrhagie ; ce phénomène ne se produisant d'habitude que secondairement et sous l'influence d'une très vive congestion de tout le système génital interne, et, en particulier, par suite de l'extension de la phlegmasie à la muqueuse qui tapisse le corps de l'utérus.

En même temps, on doit avoir recours aux émollients (cataplasmes, injections, grands bains) en y associant même quelques narcotiques. Les lavements laudanisés combattront avantageusement le ténesme anal. Ils devront être gardés le plus longtemps pos-

sible, au besoin même toute la nuit ; aussi, avant de les administrer, sera-t-il nécessaire de vider le rectum à l'aide d'un lavement simple. L'opium, à l'intérieur, pourra se prescrire également à la dose de 5 à 10 centigrammes.

Plus tard, quand la fièvre a cessé, si l'utérus reste volumineux et s'il y a encore de la douleur, il faut avoir recours aux révulsifs cutanés tels que les badigeonnages avec la teinture d'iode, et même les vésicatoires. Les laxatifs sont souvent utiles, et je n'hésite pas à donner de l'huile de ricin ou des purgatifs salins, lorsque la constipation se prolonge.

Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il est essentiel de recommander le repos le plus absolu, et que, sans imposer à vos malades une diète rigoureuse, vous ne devrez cependant, durant toute la période d'acuïté de la maladie, leur permettre qu'une alimentation fort légère.

XI

MÉTRITE INTERNE OU MUQUEUSE AIGUE

(MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE.)

L'inflammation peut affecter isolément chacune des membranes qui revêtent l'utérus. — C'est seulement dans les phlegmasies aiguës que les membranes sont affectées indépendamment du parenchyme. — Distinction entre l'inflammation de la muqueuse du corps et celle de la muqueuse du col de l'utérus. — Leurs rapports avec les formes aiguës et chroniques de la métrite. — Valeur symptomatique de la métrorrhagie. — Symptômes de la métrite interne aiguë, comparés avec ceux de la métrite parenchymateuse aiguë. — Lésions anatomiques. — Injection et épaississement de la muqueuse. — Ecchymoses. — Altérations des follicules mucipares. — Ulcérations. — Hydrométrie. — Fongosités et végétations. — La nature des lésions explique la production des symptômes observés dans la métrite interne. — Démonstration de la nature phlegmasique de cette maladie. — Diagnostic différentiel.

MESSIEURS,

Le travail inflammatoire qui, pour l'utérus, peut, ainsi que je vous l'ai montré dans la précédente Leçon, se limiter au parenchyme même de l'organe, peut aussi, et plus fréquemment encore, affecter l'une ou l'autre de ses membranes d'enveloppe : le péritoine à l'extérieur, la membrane muqueuse à l'intérieur. C'est seulement, je me hâte de le dire, dans

ses formes aiguës, que l'inflammation reste ainsi confinée sur une membrane ou sur un tissu, car, vous savez, comme l'a si bien démontré Gerdy, quelle tendance elle a, pour peu que sa durée se prolonge, à se propager par voisinage, en s'irradiant autour du point primitivement phlogosé. Aussi cette propagation est-elle constante dans les formes chroniques de l'inflammation utérine et ne devons-nous jamais nous attendre, lorsque la phlegmasie a déjà une certaine durée, à la trouver restreinte à une seule membrane, ou au parenchyme seul, comme cela arrive encore assez fréquemment à l'état aigu. Il en résulte que, pour la métrite chronique, il nous est à peu près impossible de décrire séparément une métrite parenchymateuse et une métrite interne ou muqueuse, faute de les rencontrer à l'état isolé; tandis que nous pouvons vous montrer des exemples de phlegmasie aiguë n'affectant que le parenchyme comme cela avait lieu dans les faits qui ont servi de texte à notre dernière Leçon; ou limitée à l'enveloppe séreuse péritonéale, comme cela se rencontre dans nombre de phlegmasies péri-utérines; ou n'intéressant que la muqueuse, comme vous pouvez en voir actuellement trois cas dans nos salles, ce qui témoigne d'une fréquence encore assez grande de cette dernière forme de la maladie.

Avant d'aller plus loin, je dois vous prévenir que j'établis une distinction très-grande entre la phlegmasie de la muqueuse qui tapisse la cavité du col de la matrice et celle de la membrane qui revêt la cavité du corps du même organe; — non pas que je veuille suivre l'exemple de certains auteurs qui, réservant

pour l'inflammation de la mnqueuse du corps la dénomination de *métrite interne*, ont cru devoir, par opposition, appeler *métrite externe* l'inflammation de la muqueuse qui tapisse la cavité du col; — mais parce que la limite tracée par l'isthme de l'utérus et qui établit une ligne de démarcation si tranchée entre les deux parties de l'organe, au point de vue de la structure anatomique, forme une barrière qui est souvent respectée par les lésions pathologiques, de telle sorte que la muqueuse du corps et celle du col peuvent être enflammées isolément.

Or, quand il en est ainsi, on remarque d'abord que, l'inflammation de la muqueuse du corps est celle qui se présente le plus souvent à l'état aigu et indépendamment de toute phlegmasie du parenchyme, tandis que l'inflammation de la muqueuse du col, plus intimement associée à celle du tissu sous-jacent, n'est aiguë que s'il y a en même temps métrite parenchymateuse aiguë, et affecte plus habituellement la forme chronique. De plus, lorsque la muqueuse du corps et celle du col sont enflammées simultanément, les symptômes les plus graves et les plus intéressants à connaître, comme à combattre, sont déterminés par l'inflammation de la muqueuse du corps, à ce point que la phlegmasie de la muqueuse cervicale ne constitue plus alors qu'un épiphénomène, une complication presque insignifiante dans le cours d'une maladie sérieuse et grave.

Ceci vous explique pourquoi, d'une part, la métrite du col, sur laquelle on avait pendant un temps concentré toute la pathologie utérine, ne me paraît pas devoir mériter une description spéciale et distincte,

puisque nous la voyons dépendre soit de la métrite parenchymateuse, soit de la métrite de la cavité du corps, à l'une desquelles elle est toujours assez intimement associée, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique, pour qu'il ne soit pas possible de la rencontrer à l'état isolé; pourquoi, d'autre part, j'attire avec tant d'insistance votre attention sur la phlegmasie de la muqueuse de la cavité du corps à laquelle je réserve plus spécialement la dénomination de *métrite interne*.

Cette métrite interne doit être étudiée, non-seulement à l'état aigu où on la rencontre parfaitement isolée et distincte, mais aussi à l'état chronique; car, si elle est alors compliquée d'une inflammation concomitante, tant du parenchyme utérin que de la muqueuse cervicale, elle imprime cependant à l'ensemble des phénomènes morbides, un cachet tel, que sa prédominance sur les manifestations pathologiques et sur la marche de la maladie ne saurait être méconnue.

Cette affection, qui joue un si grand rôle dans la pathologie féminine, n'a pas toujours été reconnue et décrite comme il convient, et vous trouverez bien peu d'ouvrages dans lesquels on attribue à la métrite interne, ou muqueuse, la part qui lui revient (1). C'est dans les articles consacrés à la leucorrhée, aux écoulements essentiels, voire même à la fluxion ou aux congestions, que nombre d'auteurs ont fait entrer la description de symptômes se rapportant à des lésions

(1) M. le Dr Leblond, mon ancien interne, en a donné une description très-exacte et très-complète dans ses additions à l'ouvrage de Fleetwood Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, 2e édition, Paris, 1874.

anatomiques qu'ils n'ont pas su reconnaître, ou dont ils n'ont pas voulu admettre l'existence.

C'est surtout des chapitres consacrés à la métrorrhagie, dite essentielle, qu'il vous faudra détacher beaucoup de pages se rapportant à l'histoire de la métrite interne. La métrorrhagie est, en effet, un de ses symptômes les plus importants ; aussi certains auteurs ont-ils cru pouvoir créer, à côté de la métrite muqueuse, une forme spéciale à laquelle ils donnent le nom de *métrite hémorrhagique* rappelant l'*engorgement mou et hémorrhagique* de M. Duparcque (1) qui est absolument la même maladie. Je ne saurais pourtant admettre avec eux que la prédominance d'un symptôme, commun à tous les cas, suffise pour justifier la création d'une espèce ou même d'une variété morbide nouvelle ; et, comme la métrorrhagie se produit à des degrés divers, dans tous les cas de métrite interne, — avec une persistance telle que, suivant l'heureuse comparaison de M. Bennet (2), elle constitue un symptôme aussi caractéristique de cette phlegmasie que les crachats sanglants le sont de la pneumonie, — je me garderai bien de voir dans la métrite, *dite hémorrhagique*, autre chose qu'une des phases de la métrite interne ou muqueuse.

Au surplus, mieux que de longues descriptions, un exemple va vous mettre à même d'apprécier à la fois et l'importance de ce symptôme et la valeur de ceux qui l'accompagnent.

(1) Duparcque. *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, 2e édition, p. 176, Paris 1839.

(2) Bennet. *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes.*

Cet exemple nous est fourni par une malade qui est entrée le mois dernier dans mon service et qui est encore couchée au n° 1 de la salle des femmes. Elle est âgée de trente-trois ans, d'une constitution en apparence forte et vigoureuse, et exerce la profession de cuisinière. Elle a été réglée, pour la première fois, à seize ans. L'éruption menstruelle a été difficile et douloureuse, mais elle s'est établie régulièrement dès le début, durant de six à huit jours chaque mois. A partir de la vingtième année, et pendant les deux années qui suivirent, les règles augmentèrent d'abondance et de durée, à ce point de n'être plus séparées que par des intervalles d'une quinzaine de jours environ. Il ne survint, du reste, aucun autre symptôme morbide, la santé générale demeura parfaite ; et, sans aucun changement dans l'hygiène ou dans les habitudes de la malade, la menstruation reprit sa régularité primitive, pour la conserver jusqu'au commencement de l'année dernière, époque à laquelle cette femme devint enceinte. Je dois noter, en passant, que cette grossesse ne fut si tardive que par l'absence de rapports sexuels, qui, ayant eu lieu pour la première fois à l'âge de dix-neuf ans, avaient été interrompus presque aussitôt, pour être repris à l'époque seulement où la conception s'ensuivit.

La grossesse se passa bien et se termina, il y a six mois environ, par un accouchement à terme. La malade se leva au bout de six jours, elle allaita son enfant pendant deux mois, et c'est au bout de six semaines, quand elle le nourrissait encore, qu'eut lieu son retour de couches, suivi de deux époques menstruelles parfaitement régulières. Peu de jours après

la cessation de la dernière de ces deux époques, elle entra en place, se remit au travail, restant debout la plus grande partie de la journée et en éprouva une grande fatigue.

Il y avait douze jours seulement qu'elle avait ainsi repris ses occupations habituelles et qu'elle était sous l'influence de la fatigue dont je viens de vous parler, lorsqu'elle fut prise d'une métrorrhagie abondante, accompagnée de douleurs dans les reins, s'irradiant jusque sur le côté externe de la cuisse gauche, et de pesanteur, avec sensation de plénitude dans le bas-ventre. Malgré cela elle lutta encore pendant quatre jours, mais il lui fallut s'arrêter, et un médecin appelé lui prescrivit une potion noirâtre, épaisse, contenant selon toute probabilité de l'ergotine ou de l'extrait de ratanhia.

La perte s'arrêta et fut remplacée par un écoulement jaunâtre; mais les douleurs persistèrent, plus fortes au niveau du pubis, du sacrum et dans la région de l'hypochondre droit, continuant à s'irradier vers la cuisse gauche et remontant jusqu'à l'épigastre. L'émission des urines était fréquente et douloureuse, il y avait de la constipation et de l'inappétence, mais sans nausées, ni vomissements et les digestions se faisaient bien.

C'est dans cet état que la malade entra à l'hôpital, le 5 du mois dernier. L'examen des organes génitaux nous permit de constater, au toucher : que le col, dirigé en arrière, était un peu volumineux, légèrement ulcéré et entr'ouvert; le corps, incliné en avant, était également un peu augmenté de volume et douloureux à la pression, quoiqu'il fût mobile et que les tissus

péri-utérins fussent parfaitement souples, sans aucune trace de tuméfaction. Je ne jugeai pas utile de pratiquer alors le cathétérisme utérin et je prescrivis des injections légèrement astringentes, des cataplasmes laudanisés sur le ventre, des bains.

Les douleurs et l'écoulement persistèrent, et, vers le 18, il se produisit une véritable exacerbation accompagnée d'une nouvelle métrorrhagie qui dura onze jours. Alors nous pûmes constater la présence d'un certain mouvement fébrile, l'augmentation du ténesme vésical, une certaine irritation du rectum, qui rendit la défécation douloureuse ; et, lorsque ces phénomènes se furent amendés, lorsque l'écoulement jaunâtre, purulent, eut succédé, comme la première fois, à la métrorrhagie avec expulsion de caillots noirâtres, nous trouvâmes l'utérus toujours volumineux, toujours incliné en avant, toujours douloureux à la pression, avec un peu d'empâtement dans son pourtour qui n'existait pas lors du premier examen. Enfin, nous pûmes constater, par le cathétérisme : que la sonde pénétrait librement, sans rencontrer de résistance au niveau de l'orifice interne, jusqu'à plus de 7 centimètres, et qu'elle se mouvait aisément dans une cavité utérine dilatée, tout en provoquant une douleur vive chaque fois que son bec heurtait une des parois de cette cavité ; enfin, que les mucosités qui la recouvraient, étaient teintes de sang, lorsqu'on la retirait de cette cavité et qu'à la suite du cathétérisme, ainsi pratiqué avec la plus grande légèreté et avec toutes les précautions possibles, il se produisait un léger écoulement sanguin.

Nous verrons plus tard comment cette affection se

comporta par la suite (1), en ce moment occupons-nous d'en déterminer la nature et d'en faire le diagnostic.

Si vous voulez bien vous rappeler les symptômes que je vous ai énumérés dans la dernière Leçon, comme caractérisant la métrite aiguë, vous verrez que tous ces symptômes se retrouvent dans le cas présent, avec cette seule différence que le mouvement fébrile a été un peu moins marqué chez la malade qui nous occupe aujourd'hui, et que cette malade a présenté des métrorrhagies, alternant avec un écoulement jaunâtre, qui n'ont pas existé chez les malades affectées simplement de métrite parenchymateuse.

Seulement, si certains de ces symptômes se sont présentés avec la même intensité, comme, par exemple, les douleurs lombaires, avec leurs irradiations vers le sacrum et le long de la cuisse ; d'autres ont été notablement atténués, et ce sont ceux qu'une analyse attentive nous montre comme dépendant plus spécialement de l'augmentation de volume de l'utérus, augmentation qui est bien plus considérable dans la métrite parenchymateuse que dans la métrite simplement muqueuse. De ce nombre sont les vomissements et les nausées, la sensation de plénitude douloureuse derrière le pubis, enfin les troubles de la miction et de la défécation, résultant de la pression exercée sur la vessie et sur le rectum.

Or, tous ces phénomènes, peu intenses dans la première période de la maladie, celle qui a précédé l'en-

(1) Voy. plus loin, chap. XII.

trée de notre malade à l'hôpital et a duré pendant les douze premiers jours qu'elle a été soumise à notre observation, se sont considérablement accrus ensuite. Cet accroissement a été tel que, suivant moi, il y a eu alors non-seulement une recrudescence de la phlegmasie déjà existante, mais même une extension de cette phlegmasie, qui, bornée dans le principe à la membrane muqueuse, s'est, à ce moment, étendue jusqu'au parenchyme et même jusqu'aux tissus péri-utérins, comme en témoignait l'empâtement que j'ai constaté pendant cette exacerbation.

Dans ce fait donc, qui, pendant sa première période, était un exemple, — en quelque sorte un type — de la métrite interne aiguë, nous trouvons plus tard l'inflammation du parenchyme unie à celle de la muqueuse. Ceci nous prouve, une fois de plus, que les faits cliniques ne se plient pas au gré de nos divisions scolastiques et ne se présentent jamais à nos yeux avec cette simplicité arbitraire et factice que les auteurs se complaisent à leur donner dans leurs livres, quoique le clinicien ne puisse jamais la retrouver au lit des malades.

Mais, tout en reconnaissant ici la métrite simple aiguë, composée, à un moment donné, de ses deux éléments : l'inflammation du parenchyme et l'inflammation de la muqueuse, — et, après en avoir profité pour vous faire remarquer que cette forme de la phlegmasie utérine est caractérisée par la réunion des symptômes propres à chacune des deux variétés qui la constituent, de même que ses lésions anatomiques résultent de la réunion des lésions de la métrite parenchymateuse et de celles de la métrite muqueuse, —

je ne dois pas oublier que cette dernière est celle qui doit nous occuper plus spécialement aujourd'hui ; que c'est celle qui a prédominé chez notre malade ; que, au début, elle a existé seule et que, pour bien vous la faire connaître, il est essentiel de vous parler des altérations pathologiques auxquelles elle donne lieu.

L'existence anatomique de la métrite interne est plus facile à établir que celle de la métrite parenchymateuse, et cependant elle a été contestée par des auteurs du plus grand mérite. Ainsi, M. Courty (1) n'admet pas qu'elle puisse exister à l'état isolé, et en cela il me paraît être dans l'erreur, car, dans bien des cas, l'inflammation reste limitée à la muqueuse et si, parfois elle s'étend au parenchyme, elle dépasse rarement la mince couche de tissu qui est immédiatement adhérente à la membrane. D'un autre côté, MM. Hardy et Béhier (2) révoquent en doute la possibilité de l'inflammation de la muqueuse de la cavité du corps, en dehors de l'état puerpéral, et ne décrivent sous le nom de *métrite muqueuse* que l'inflammation de la portion de membrane qui tapisse le col ; allant ainsi plus loin que Bennet qui se contente de la considérer comme rare et prétend que si on a pu croire à sa fréquence, c'est parce qu'on a confondu la métrite de la muqueuse du corps avec celle de la muqueuse du col.

Il est très vrai que l'inflammation de la muqueuse du col est beaucoup plus fréquente que celle de la muqueuse du corps, et je vous ai déjà dit que l'orifice interne établit entre les deux segments de l'utérus une ligne de démarcation que le travail inflammatoire res-

(1) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.*
(2) Hardy et Béhier. *Traité de pathologie interne*, t. III, Paris, 1855.

pecte assez souvent, sans cependant que cette barrière soit absolument infranchissable. Mais il est également vrai que, si la muqueuse du col est plus souvent le siège d'une phlegmasie chronique, celle du corps présente, par contre, plus de tendance à s'enflammer d'une façon aiguë et isolément. Cette différence s'explique par la vascularisation plus grande de la muqueuse du corps de l'utérus, qui, étant appliquée sur un tissu dense et serré, assez rebelle par lui-même au travail inflammatoire, ne peut plus transmettre qu'à la longue la phlogose qu'elle est, elle-même, par sa nature vasculaire, si apte à contracter; tandis que celle du col, moins vasculaire, repose sur un tissu plus lâche, plus celluleux et par conséquent mieux disposé pour pouvoir participer à une inflammation développée dans son voisinage et la perpétuer, en lui imprimant une marche chronique.

Je réserve, pour le moment où je vous parlerai de la métrite chronique, la description des altérations de la muqueuse du col, qui s'y rapportent presque exclusivement, — et je ne m'occuperai aujourd'hui que des lésions de la métrite interne, affectant la cavité du corps même de l'organe.

Au début, la muqueuse est le siège d'une rougeur plus ou moins vive, tantôt uniforme, tantôt présentant des arborisations vasculaires très fines. Cette injection s'étend, parfois, jusqu'au parenchyme utérin dans lequel elle pénètre suivant une épaisseur de 2 millimètres ; mais, au delà, ce tissu conserve son aspect normal. West (1) dit avoir vu, dans un cas, la totalité de

(1) West. *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. par Ch. Mauriac, Paris, 1870.

la muqueuse utérine présenter exactement l'apparence d'un beau velours rouge; c'est là un fait exceptionnel, et la vascularisation qui détermine cette coloration est rarement aussi uniformément répandue. En même temps qu'elle se vascularise, la muqueuse s'épaissit, se gonfle; elle devient de plus en plus lâche, adhère moins aux couches sous-jacentes, finit par s'en détacher, soulevée qu'elle est par des ecchymoses ou, plus rarement, par une infiltration purulente. Elle perd son épithélium sur les points les plus enflammés, et il en résulte des ulcérations qui sont généralement peu profondes, et dont la surface est hérissée de petites papilles, très visibles sous l'eau, qui lui donnent l'aspect d'un velours coupé ras.

J'ai vu quelquefois ces ulcérations occuper toute l'épaisseur de la muqueuse (1), mais il est rare qu'il en soit ainsi, et le plus souvent on voit la muqueuse épaissie, boursouflée par le travail inflammatoire, n'être ulcérée que dans ses couches les plus superficielles. C'est ce que j'ai trouvé dans une autopsie que j'ai eu occasion de pratiquer en 1872. La muqueuse utérine ayant, dans toute son étendue, une coloration plus foncée qu'à l'état normal, était en même temps légèrement tuméfiée et présentait, en trois points de la face postérieure, de petites ulcérations de 2 à 4 millimètres de diamètre. Le fond de ces ulcérations était rougeâtre, pulpeux, se détachant sous l'action d'un filet d'eau.

Au microscope, nous avons pu voir, sur les préparations faites par M. Grancher, qui était alors mon

(1) C'est ce qui avait lieu sur l'utérus représenté fig. 89 et dont le dessin est tiré de l'atlas de M. Huguier (voy. p. 475.)

interne, le développement exagéré des vaisseaux entourant les bords de l'ulcération. Cette hypervascularisation était marquée là plus qu'ailleurs, quoiqu'elle se retrouvât encore au pourtour des culs-de-sac glandulaires et même sur toute la surface de la muqueuse. Quant à l'ulcération elle-même, elle présentait une surface libre, déchiquetée, dont les dentelures étaient formées par le tissu même de la muqueuse utérine, tissu qui, en ce point, était bien manifestement tuméfié, augmenté d'épaisseur, car, malgré les parties ulcérées et détruites, on retrouvait encore au-dessous de l'ulcération, recouvrant le tissu musculaire, une couche de muqueuse aussi épaisse que sur les parties voisines. Les glandes utérines, notablement augmentées de volume et dilatées, étaient entourées de vaisseaux plus considérables qu'à l'état normal, mais ne présentaient pas d'autre altération de leur structure.

Dans d'autres cas, les glandes peuvent être plus directement et plus profondément intéressées qu'elles ne l'étaient ici. Souvent on rencontre sur la surface de la muqueuse, même dans les points qui ne sont pas ulcérés, de petits orifices béants, contenant soit du sang, soit du muco-pus que l'on en fait assez facilement sourdre par la pression ; ces orifices sont ceux des follicules muqueux enflammés et dilatés. Lors même qu'il n'y a aucune ulcération de la muqueuse, on peut retrouver cette inflammation des follicules qui est, à mes yeux, une des altérations essentielles de la métrite interne et qui, pouvant échapper à un examen peu attentif, a dû souvent passer inaperçue. Un fait caractéristique de cette lésion, c'est la facilité

avec laquelle s'enlève l'épithélium, sous l'influence du moindre grattage, du simple frottement avec un linge rude et la coloration sanguinolente qui vient teindre le linge ayant servi à ce frottement, même après que la surface interne de l'utérus a été soumise à un lavage à grande eau.

Les occasions de constater les lésions de la métrite interne aiguë sont assez peu fréquentes pour qu'il y ait intérêt à rappeler les rares descriptions qui ont été faites sur nature. Du fait cité par West et de celui que je viens de vous rapporter, je crois donc devoir rapprocher le suivant, que j'emprunte à Bennet.

« Hors l'état de gestation, je n'ai vu, dit le médecin anglais, qu'une seule fois des pièces anatomiques se rapportant à cette maladie ; c'était celle qui fut présentée à la Société pathologique par M. Hall Davis. La membrane muqueuse présentait plusieurs larges ulcérations inflammatoires, situées à la face interne de la cavité utérine, et ne s'étendant pas à la cavité du col, qui était parfaitement saine. Indépendamment de cette altération, l'organe utérin était considérablement augmenté de volume, ses parois étaient épaissies et sa cavité était largement dilatée (1). »

Je dois à l'obligeance d'un observateur fort distingué, M. le docteur Hemey, ancien interne des hôpitaux de Paris, le dessin que je mets sous vos yeux, et la description des lésions trouvées dans un cas analogue.

Ce dessin (*fig.* 87) représente la coupe longitudinale de l'utérus d'une femme âgée de trente-sept ans, ayant eu cinq grossesses à terme, et morte, trois mois après

(1) Bennet, *loc. cit.*, p. 37.

le dernier accouchement, d'hémorrhagie utérine, causée par une métrite interne dont les lésions sont décrites dans les termes suivants, sur la note rédigée par M. Hemey :

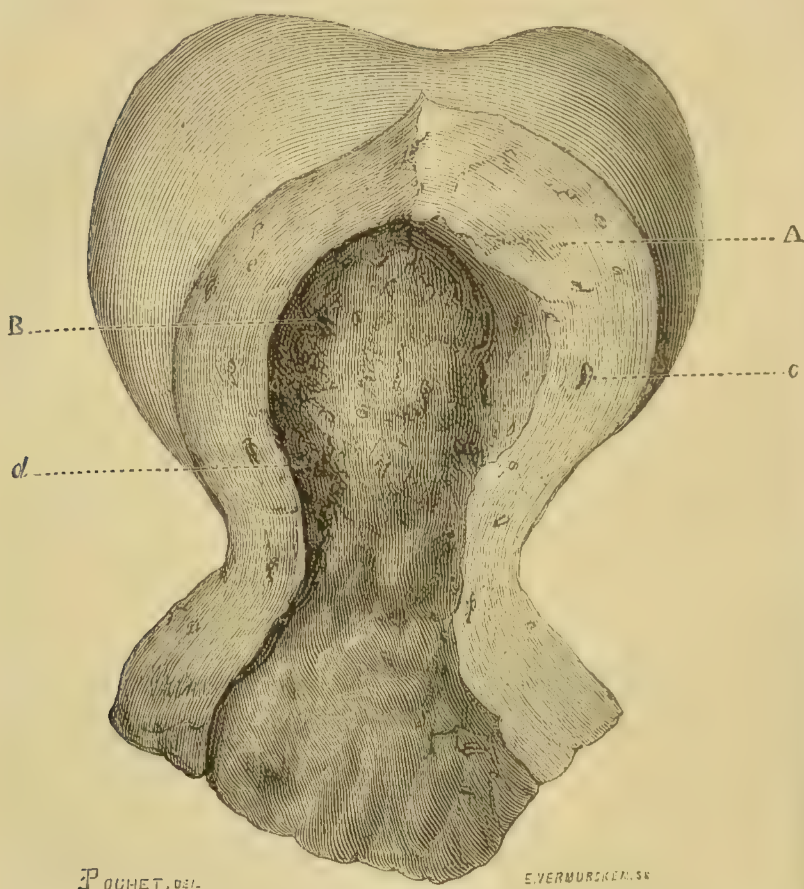


Fig. 87. — Lésions de la métrite hémorrhagique, dessinées d'après nature par M. Hemey (*).

« L'utérus est un peu volumineux dans son ensemble, la coupe montre des ecchymoses de la cavité du

(*) A, coupe de la face antérieure de la paroi utérine. — B, ecchymoses. — *c*, ouvertures béantes des sinus utérins sur la coupe de la paroi. — *d*, vacuoles existant sur la muqueuse et correspondant : ou à des orifices vasculaires, ou, plus probablement, à des ouvertures glandulaires dilatées.

corps et du col. La muqueuse de la cavité du corps, extrêmement amincie, détruite même en certains points, est molle, et s'enlève presque en pulpe. (Cette lésion présente beaucoup d'analogie avec celle que l'on rencontre sur la muqueuse de l'estomac ou de l'intestin dans les inflammations chroniques.) Au-dessous de cette pulpe, dans les points où elle existait encore, la paroi de la cavité utérine était formée par une surface criblée de petites vacuoles, semblables à celles que l'on voit sur la coupe de la paroi utérine, vacuoles qui ne sont autres que les ouvertures de petits sinus utérins. La cavité du col est assez saine, la muqueuse est épaisse et contient des glandes de la grosseur d'un grain de millet. »

Je crois, pour ma part, que les *vacuoles* considérées par M. Hemey comme les ouvertures des sinus utérins sont plutôt les orifices de follicules utriculaires enflammés. Quoi qu'il en soit, vous remarquerez que sur cette pièce les lésions étaient beaucoup plus accentuées, dans la cavité du corps de la matrice, quoique la cavité cervicale participât elle-même à l'inflammation, puisque sa muqueuse, épaissie, présentait des ecchymoses et contenait des glandules tuméfiées, ayant la grosseur d'un grain de millet ; aussi, lorsque M. Hemey nous dit qu'elle était saine, n'est-ce probablement que eu égard à l'intégrité de sa trame, et pour bien faire ressortir ce fait, qu'elle ne présentait ni ramollissement ni ulcérations, comme la muqueuse de la cavité du corps.

Vous le voyez donc, malgré l'indépendance que je vous ai signalée comme existant entre les deux cavités du col et du corps, l'inflammation peut les affecter si-

multanément. Aussi, quoique je reconnaisse, comme je vous l'ai déjà fait pressentir, que l'inflammation, limitée à la muqueuse cervicale, doive être disjointe de la métrite interne, et que je considère sa description anatomique comme devant être plus logiquement placée à côté de celle des ulcérations de la surface externe du museau de tanche, dans l'histoire de la métrite chronique, je ne devais pas laisser passer cette occasion de vous montrer que, dans certains cas, la métrite interne se compose à la fois de ces deux éléments : inflammation de la muqueuse du corps de l'utérus, inflammation de la muqueuse de la cavité du col.

Ces cas ne sont pas très rares, et c'est surtout lorsqu'ils existent que l'orifice interne du col est largement dilaté et permet entre les deux cavités une communication libre et facile.

Cette dilatation de l'orifice interne peut se rencontrer de même quand la cavité du corps est seule enflammée, mais il peut aussi y avoir alors une oblitération plus ou moins marquée de cet orifice; cette oblitération est parfois telle qu'elle s'oppose à la sortie des mucosités sécrétées par la muqueuse enflammée et, par suite de leur rétention, détermine la dilatation de la cavité utérine. L'oblitération dont il s'agit est causée par la production de tumeurs, ou sessiles, ou polypiformes qui, mécaniquement, obstruent le calibre de l'orifice, ou plutôt du canal qui se trouve au niveau de l'isthme de l'utérus. Aran (1) a vu une tumeur sessile, ayant l'aspect et le volume d'une framboise, qui oblitérait ainsi l'orifice interne. Il n'est pas rare de ren-

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*.

contrer, surtout chez les vieilles femmes, de petits polypes développés au niveau de cet orifice et qui viennent, comme de véritables soupapes, l'oblitérer d'autant plus facilement que, par suite des progrès de l'âge, il tend alors à se rétrécir, en quelque sorte physiologiquement, comme l'a démontré M. Guyon dans une série de recherches et d'expériences dont je vous ai fait connaître les résultats, au commencement de ces Leçons (1). Je conserve un utérus, que j'ai fait mouler par M. Baretta, afin de pouvoir représenter sa coloration en même temps que sa forme, et dans lequel une toute petite tumeur, ayant à peine les dimensions d'un gros grain d'orge, avait oblitéré le canal cervico-utérin et déterminé dans l'intérieur de la cavité utérine la rétention d'une certaine quantité de muco-pus, sécrété par une muqueuse enflammée.

M. Courty (2) dit que, à la suite des ulcérations dont la muqueuse utérine est le siège, il peut y avoir, par le fait du travail de cicatrisation, adhérence entre les deux faces de la muqueuse; mais je ne sache pas que de semblables adhérences aient jamais été vues ni décrites par aucun auteur. Si elles se produisaient jamais, ce ne pourrait être qu'au niveau de l'isthme; car, un fait caractéristique de l'inflammation de la muqueuse utérine, c'est la dilatation de la cavité tapissée par cette muqueuse; dilatation qui écarte les parois l'une de l'autre, et doit suffire pour s'opposer à la formation de la bride cicatricielle qui aurait pour résultat de les faire adhérer.

Les altérations que je vous ai décrites en premier

(1) Voy. p. 103.
(2) Courty, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes.*

lieu se rapportent à la forme aiguë de la métrite interne, celles dont nous nous occupons en ce moment appartiennent bien plutôt à sa forme chronique, et cependant je ne veux pas quitter ce sujet sans vous les avoir fait connaître avec quelques détails. Je m'y crois doublement autorisé : d'abord, parce que, comme j'ai déjà eu l'honneur de vous le dire, la ligne de démarcation entre la forme aiguë et la forme chronique de la métrite interne n'est pas si nettement tracée, qu'il soit toujours facile de bien déterminer où finit l'une, où commence l'autre; puis, parce que la métrite interne, — même lorsqu'elle est passée à l'état chronique, et qu'associée à la phlegmasie du parenchyme, elle ne constitue plus qu'un des nombreux éléments constitutifs de la métrite chronique proprement dite, — reste toujours véritablement la maladie grave et sérieuse, celle qui réagit le plus péniblement sur tout l'organisme de la femme.

Il importe donc de ne pas scinder la description des lésions qui la caractérisent, non plus que celle de toutes les autres particularités qui se rapportent à son histoire; alors même que quelques-unes de ces particularités devraient se retrouver dans la description de la métrite chronique, prise dans son ensemble; car, lorsqu'elles y interviendront, ce sera avec leurs caractères propres, et, alors, elles imprimeront à la maladie un cachet de gravité tout spécial, qui montrera leur influence et nous permettra d'établir, sur le même sujet, la part revenant à la métrite interne, au milieu de cet ensemble si compliqué de lésions et de symptômes, que nous devons comprendre sous cette seule dénomination de *métrite chronique*.

Ces lésions sont les granulations auxquelles Récamier attachait une si grande importance, et que personne n'a décrites avec plus de soin et de vérité de détails que l'a fait Aran (1). Elles sont ou sessiles ou pédiculées. Les premières, ne faisant pas au-dessus de la muqueuse une saillie de plus de 2 à 5 ou 6 millimètres, ont une base assez large pour être à peine hémisphériques. Leur surface est irrégulière, mamelon-

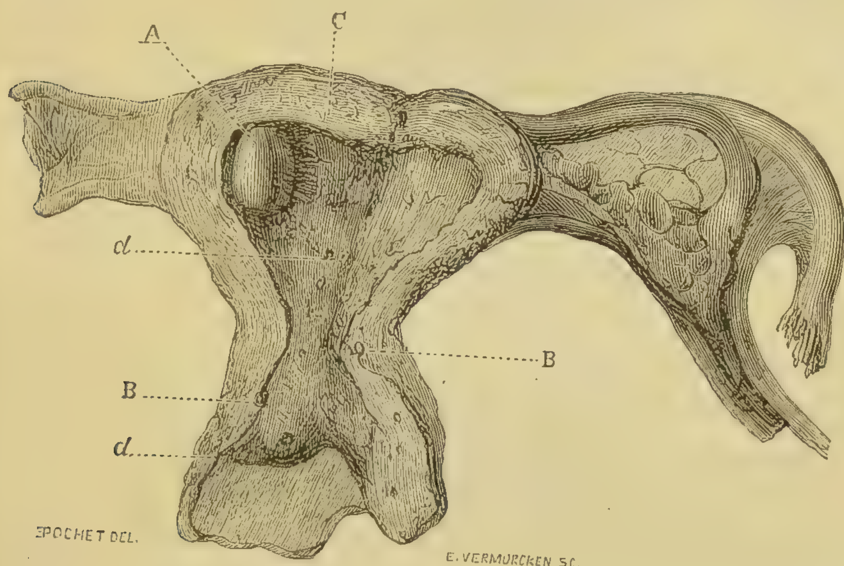


Fig. 88. — Végétation et lésions inflammatoires de la muqueuse utérine, dessinées d'après nature, par M. Rosapelly (*).

née et peut, aussi bien par l'aspect que par la coloration, être comparée à celle d'une framboise (*fig.* 88) ; cependant elles ont une teinte moins uniforme, et pré-

(*) A, tumeur sessile framboisée siégeant sur la muqueuse, près de l'orifice de la trompe. — B, B, petites glandes du col, tuméfiées et ayant le volume d'un grain de millet. — C, ecchymoses sous-muqueuses. — *d*, *d*, orifices glandulaires dilatés.

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1858-1860, p. 429.

sentent souvent à leur surface des vascularisations. Les autres, assez petites, sont souvent blanchâtres et forment de véritables petits polypes. Leur pédicule est généralement solide et résistant, et leur volume varie depuis celui d'un grain de blé jusqu'à celui d'un pois. Quelquefois elles s'allongent et se pédiculisent en formant de véritables polypes, qui, tout en ayant leur insertion sur un point élevé de la cavité du corps de l'utérus, peuvent venir faire saillie, à travers l'orifice du col, jusque dans le vagin (*fig.* 89 et 90) ou même hors de la vulve. Elles forment alors les tumeurs généralement connues et décrites sous le nom de *polypes muqueux* de l'utérus.

Souvent ces tumeurs sont rouges et vasculaires, comme les tumeurs sessiles, et leur pédicule est alors fort résistant.

On peut trouver ces deux espèces de végétations réunies chez le même sujet ; mais celles qui sont pédiculées siègent plus habituellement au voisinage des orifices, celui du col et aussi, quoique plus rarement, ceux des trompes; tandis que celles qui sont sessiles se rencontrent plus indifféremment sur un point quelconque de la cavité utérine.

Les unes et les autres ne sont autre chose que de véritables végétations hypertrophiques de la muqueuse, dont Ch. Robin a montré qu'elles renferment les éléments histologiques. Mais, ainsi que le fait justement remarquer Aran, cette conformité de structure est plus apparente que réelle, car, si les deux espèces de végétations sont constituées par les mêmes éléments, ces éléments ne se retrouvent pas en même proportion dans chacune d'elles. Ainsi, tandis que les tumeurs

pédiculées renferment plus de fibres de tissu cellulaire ou de cellules fibro-plastiques, les tumeurs sessiles contiennent une plus grande abondance de vaisseaux capillaires, au milieu desquels se trouvent souvent disséminés des kystes glandulaires du volume d'une tête d'épingle. Cette constitution anatomique rend par-

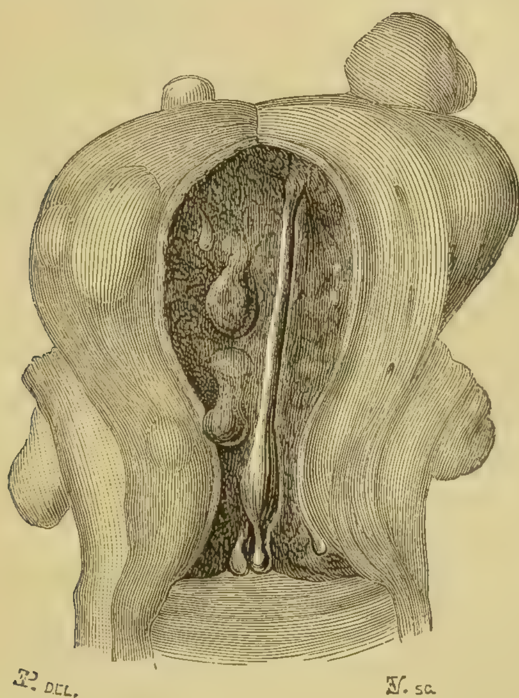


Fig. 89. — Lésions de la métrite interne chronique. — Végétations pédiculées de la cavité utérine. — Polypes muqueux intra-utérins. — (Cette figure est tirée de l'atlas inédit de M. Huguier.)

faitement compte de la production des hémorrhagies qui sont le symptôme prédominant de l'état morbide correspondant à cette lésion.

D'après Sinéty (1), on peut ramener la structure

(1) Sinéty, *Anatomie pathologique de la métrite chronique* (*Annales de gynécologie*, t. X, p. 129), Paris, 1878.

des végétations de la cavité utérine, dans la métrite, à trois formes principales :

1° Dans certains cas, on observe une hypertrophie des glandes qui deviennent beaucoup plus nombreuses et se dilatent, tout en conservant leur épithélium.

Sur les coupes provenant de certaines végétations, on observe, dans le tissu qui sépare les unes des autres ces glandes plus ou moins dilatées, une production de graisse. Cette graisse est en grande partie contenue dans des cellules, ayant l'aspect des cellules du tissu adipeux ; tandis que les éléments épithéliaux ne paraissent avoir subi aucune dégénérescence granulo-graisseuse.

Un fait de ce genre vient d'être également signalé par Wyder, dans une production polypeuse de la cavité utérine (1).

Cette forme de granulations présente à peu près la même structure que les polypes de l'utérus dont elles sont souvent le point de départ.

2° Dans d'autres cas, les végétations sont uniquement constituées par du tissu embryonnaire. On ne retrouve que des traces de glandes et quelques restes d'épithélium plus ou moins dégénéré.

On a affaire à un vrai tissu inflammatoire, comparable aux bourgeons charnus d'une plaie exposée.

Sur quelques points, on observe des îlots d'éléments dégénérés, se laissant peu colorer par le picro-carmin, comme dans les bourgeons qui forment du pus.

3° Enfin, certaines de ces fongosités sont presque uniquement composées de vaisseaux, quelques-uns de

(1) Wyder, *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 38.

ces vaisseaux, quoique de structure embryonnaire, sont extrêmement dilatés et atteignent un diamètre considérable.

On peut sur un même utérus rencontrer ces trois formes d'altérations. Quelquefois la muqueuse paraît presque unie et ne présente pas de granulations. Dans ces cas encore l'examen histologique montre les mêmes lésions diffuses et envahissant à peu près également toute la muqueuse.

C'est ce qui résulte d'une des observations de M. Sinéty relative à une femme d'une trentaine d'années, atteinte de métrite interne avec hémorrhagies, ayant succombé en quelques heures à des accidents urémiques.

« La malade avait présenté tous les symptômes de la métrite interne chronique. A l'autopsie, on a trouvé les cavités dilatées, remplies d'un mélange de sang et de muco-pus, les parois amincies, le tissu friable.

« Voici ce qui a été constaté sur les coupes obtenues après durcissement et coloration au picro-carminate. La muqueuse est considérablement épaissie, les glandes sont dilatées sur certains points, mais toujours reconnaissables à leur revêtement épithélial nettement dessiné. Leur lumière est souvent oblitérée par des amas de cellules rondes.

« Les glandes, au lieu d'être rapprochées les unes des autres, comme à l'état normal, sont séparées par des espaces considérables uniquement formés d'éléments embryonnaires.

« Dans ce stroma embryonnaire, on rencontre de nombreux vaisseaux qui s'avancent jusqu'à la surface libre de la cavité utérine. Ces vaisseaux, encore remplis

de globules sanguins, expliquaient parfaitement les hémorrhagies qu'avait présentées la malade pendant sa vie.

« L'épithélium de revêtement avait partout disparu, excepté dans les glandes. Sur quelques points de l'épaisse couche de tissu embryonnaire, qui avait remplacé la muqueuse normale, on observait des îlots d'éléments dégénérés ayant pris l'aspect de petites masses caséeuses.

« Les lésions ne se bornaient pas à la surface de la cavité utérine.

« On pouvait aussi les constater dans toute l'épaisseur de l'utérus. Les fibres musculaires étaient conservées. Mais entre les faisceaux musculaires, et variant d'un point à un autre, on trouvait des amas de petites cellules rondes, semblables à celles que nous avons déjà signalées dans la muqueuse.

« Ces éléments sont surtout très nombreux autour des vaisseaux de petit calibre, et forment en certains endroits des îlots qui, après l'action du picro-carmin, tranchent par leur coloration rouge, qui permet de les reconnaître, même à un faible grossissement. »

On rencontre quelquefois réunis sur le même utérus les végétations de la muqueuse ou *polypes muqueux* avec des polypes fibreux et même des corps fibreux interstitiels (voyez *fig.* 90 et 91). Il peut même arriver que la tumeur considérée comme fibreuse ait des caractères histologiques qui permettent de l'envisager comme une sorte d'intermédiaire entre les tumeurs fibreuses proprement dites et les simples fongosités de la muqueuse, c'est ce qui avait lieu dans le cas suivant.

Vers la fin du mois de janvier 1875, mourait, au

n° 23 de ma salle du Rosaire, une femme âgée de quarante-huit ans, qui était entrée à l'hôpital depuis deux mois à peine, et à laquelle j'avais déjà donné des soins en 1867. Elle succomba à une maladie du cœur (rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gau-

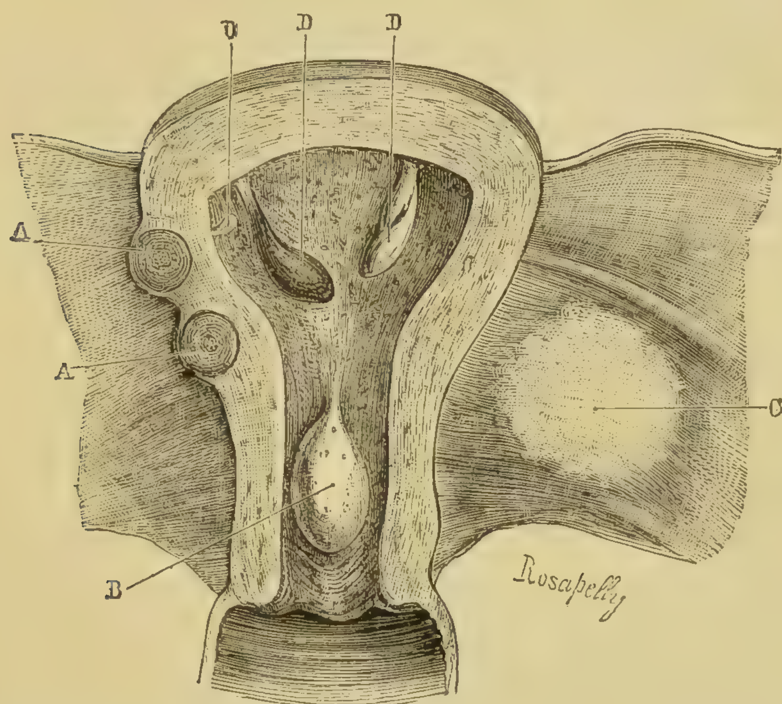


Fig. 90. — Polypes muqueux de la cavité utérine avec corps fibreux (*).

che avec insuffisance de la valvule mitrale), compliquée de pneumonie droite. — Cette femme avait, depuis un certain temps déjà, des métrorrhagies tellement abondantes que c'est à peine si chaque mois il lui restait quelques jours d'intervalle entre des époques menstruelles qui se prolongeaient pendant plusieurs semaines et revenaient d'une façon tout à fait irrégu-

(*) A, A, petits corps fibreux interstitiels. — B, polype fibreux inséré dans le col. — C, abcès du ligament large. — D, D, D, végétations intra-utérines.

lière. Elle éprouvait en même temps, outre les symptômes dus à l'anémie, des douleurs assez vives, qui, ayant leur siège principal dans l'abdomen, dans la région hypogastrique et dans les lombes, s'irradiaient, comme cela arrive si habituellement en pareil cas, jusque dans les aines et dans les cuisses.

A l'autopsie, outre les lésions cardiaques et pulmonaires qui ne nous intéressent pas en ce moment, nous trouvâmes l'utérus volumineux et surtout très globuleux. Il était très mobile ; aucune adhérence péritonéale ne le rattachant aux organes voisins, le tissu cellulaire péri-utérin était souple et sain. Des deux côtés, les veines ovariques contenaient des phlébolithes et de tout petits kystes existaient à la surface des ovaires, ainsi que le long de leurs ligaments ; mais ce sont là des lésions insignifiantes pour la solution de la question qui nous occupe.

L'utérus, globuleux comme je l'ai dit, était augmenté de volume ; sa longueur totale était de 9 centimètres 1/2 à l'extérieur et de 8 centimètres pour les deux cavités, dont près de 5 (4, 7) appartenant à la cavité seule du corps. Les parois étaient notablement épaissies et hyperémiées. — Le pourtour de l'orifice externe du col était légèrement ulcéré ; mais cette ulcération toute superficielle ne pénétrait pas jusque dans la cavité cervicale dont la muqueuse était saine. — Il n'en était pas de même de la muqueuse tapissant la cavité du corps. Cette dernière était rouge, tomenteuse, ramollie, se déchirant facilement et peu adhérente au tissu sous-jacent. Elle présentait des arborisations vasculaires plus faciles à constater lorsqu'on les regardait sous l'eau. Il y avait de plus quelques ulcéra-

tions et de petites ecchymoses siégeant surtout au-dessous d'un petit polype qui formait une tumeur pédiculée de la grosseur d'une amande, saillante à l'intérieur de la cavité utérine. Le pédicule en était extrêmement court, et il était implanté, non à l'extrémité de la tumeur, mais sur une de ses faces (fig. 91).

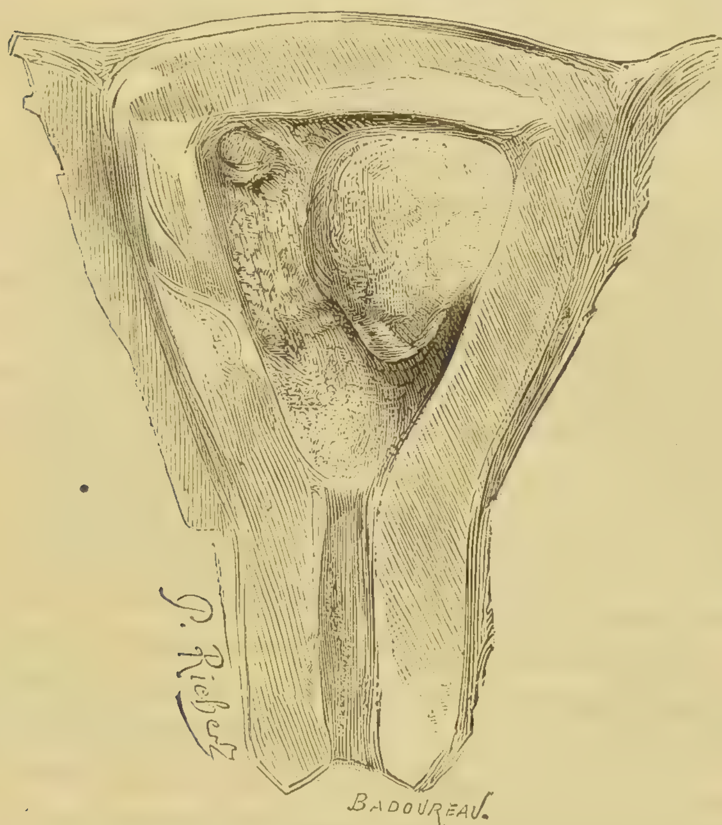


Fig. 91. — Polypes muqueux de la cavité utérine.

L'analyse microscopique, faite par M. Longuet, fit voir qu'il était composé exclusivement de tissu fibreux, mais à l'état embryonnaire, c'est-à-dire que les cellules allongées et fusiformes y étaient l'élément dominant, et que tous les éléments extrêmement granuleux étaient plongés dans une atmosphère épaisse de tissu

amorphe, d'où l'aspect gélatineux et la mollesse du polype. Les éléments fibreux étaient réunis en faisceaux diversement enchevêtrés. Çà et là, on trouvait quelques rares faisceaux de fibres musculaires minces et courtes ; quelques-unes tout à fait isolées. Toute la surface extérieure du polype était tapissée de cellules épithéliales pavimenteuses. Il n'y avait pas trace de glandes dans ce polype, et tout démontrait qu'il s'était développé aux dépens du chorion de la muqueuse.

Les végétations intra-utérines sont assez faciles à enlever par un simple grattage ; mais au-dessous d'elles on ne retrouve plus la muqueuse et l'on a le tissu utérin mis à nu. — Sur une pièce que j'ai conservée, la végétation, située au niveau de l'angle supérieur droit de l'utérus, près de l'orifice de la trompe, avait envahi le parenchyme sous-jacent, dans l'épaisseur de plus d'un centimètre et sur une surface de plusieurs centimètres carrés. — Il y avait là une sorte de tissu fongueux n'ayant pas l'aspect du cancer et qui, à l'œil nu, ressemblait beaucoup au tissu des tumeurs érectiles. — Cette pièce est trop ancienne maintenant pour que son étude histologique puisse être fructueusement faite et, comme elle a été recueillie sur un cadavre servant aux dissections, je n'ai pu avoir de renseignements sur les symptômes auxquels cette lésion a pu donner lieu pendant la vie ; — je le regrette d'autant plus vivement que je ne l'ai pas rencontrée d'autres fois, et qu'elle était accompagnée d'une inflammation manifeste de toute la muqueuse de la cavité utérine.

Dans un cas que j'ai observé avec M. le professeur Richet, les végétations intra-utérines enlevées pendant la vie par cet habile chirurgien nous ont fourni les

renseignements suivants à l'examen microscopique (1).

On y voyait (fig. 92) : 1° Un grand nombre de cavités de forme et de volume variables tapissées à l'intérieur d'un revêtement continu d'épithélium cylindrique. Ces cavités résultaient très vraisemblablement de la section,



Fig. 92. — Gl. Glandes en tubes de la muqueuse utérine. — Ec. Épithélumi cylindrique qui tapisse l'intérieur de ces glandes. — E. Débris d'épithélium. — Tc. Tissu conjonctif. — V. V. Vaisseaux sanguins.

sous diverses incidences, *des glandes en tubes de la muqueuse utérine* qui avaient subi pour la plupart un degré de dilatation considérable. — L'intérieur de ces cavités renfermait par places des débris d'épithélium.

2° *Un tissu conjonctif* peu abondant séparait ces

(1) T. Gallard, *Des végétations de la muqueuse utérine et de leur traitement*, in *Compte rendu de l'Association française pour l'avancement des sciences*, 6e session, tenue au Havre en 1877, p. 788.

cavités, qui étaient si rapprochées qu'elles semblaient se déformer par pression réciproque.

3° Dans l'angle que formaient plusieurs glandes en tube, voisines les unes des autres, on rencontrait souvent, au milieu du tissu conjonctif, la coupe d'un *vaisseau sanguin*. Plusieurs de ces vaisseaux semblaient volumineux et à parois fort minces.

En résumé : — Glandes en tube dilatées, tissu conjonctif et vaisseaux sanguins abondants. C'est-à-dire hypertrophie et bourgeonnement de la muqueuse, portant principalement sur les deux éléments glandulaire et vasculaire. Peu de prolifération du tissu conjonctif; quelques rares cellules embryonnaires seulement.

Dans tous les cas de métrite interne et alors même qu'il n'y a pas d'oblitération au niveau de l'isthme, il y a dilatation de la cavité utérine. Cette cavité contient alors, ou du sang, ou des mucosités purulentes, d'un blanc laiteux et qui n'ont jamais l'aspect visqueux de celles qui sont sécrétées par la muqueuse du col. Les parois utérines, ainsi écartées l'une de l'autre, sont amincies dans la période aiguë, épaissies quand la maladie est devenue chronique, mais elles sont toujours ramollies et friables; c'est ce qui justifie le nom d'engorgement mou et hémorrhagique donné par Duparcque à cet état, quoique je n'aie jamais vu, comme cet auteur, le tissu utérin arrivé à un degré de ramollissement et de désorganisation qui pourrait permettre de le comparer à celui de la rate.

La connaissance de ces lésions anatomiques nous explique et nous permet d'interpréter les principaux symptômes qui caractérisent la phlegmasie de la muqueuse utérine.

Les symptômes généraux sont assez habituellement peu marqués au début de la métrite interne. Aussi peut-on dire que cette maladie a une marche insidieuse et ne se révèle souvent que par l'apparition d'une métrorrhagie, quoiqu'il y ait lieu de penser que, dans le plus grand nombre des cas, il y a eu d'autres troubles morbides plus légers, restés inaperçus des malades elles-mêmes, mais que l'on parvient à découvrir par une analyse attentive et minutieuse. C'est ainsi que la femme dont je vous ai parlé, en commençant, nous a accusé une grande lassitude, avec des malaises, de la tension du ventre, de l'inappétence, quelques jours avant l'apparition de la métrorrhagie.

Il peut arriver, comme chez cette malade, que l'écoulement sanguin se produise d'emblée, sous forme d'hémorrhagie dont l'abondance prend, dès le début, un caractère inquiétant, et les cas dans lesquels les choses se passent ainsi ne sont pas rares; cependant, ils ne constituent pas la règle la plus générale. D'ordinaire, l'écoulement, composé d'abord par un mucus clair, visqueux, puis par un liquide sanguinolent, ne prend qu'après un certain temps le caractère d'une véritable hémorrhagie. Le flux cataménial se prolonge au delà du terme ordinaire; les règles qui correspondent à la période menstruelle suivante arrivent prématurément, et avancent souvent de huit jours, de sorte que les époques sont de plus en plus rapprochées et les pertes presque continuelles, à ce point que *les malades finissent par être,* comme elles le disent, *continuellement dans le sang*. Dans l'intervalle des règles, c'est plutôt un suintement sanguinolent qu'une véritable hémorrhagie; mais aux époques cataméniales,

la perte devient plus abondante, le sang coule à flots, il y a des caillots, dont l'expulsion difficile, sollicitant des contractions utérines douloureuses, s'accompagne de nausées et parfois même de vomissements.

Il en est ainsi surtout lorsque la malade s'est exposée à de la fatigue ou a fait un excès quelconque. C'est ce qui est arrivé chez notre femme du n° 1, qui a vu tous les symptômes de sa maladie s'aggraver rapidement sous l'influence des fatigues auxquelles l'exposait la reprise prématurée de son travail de cuisinière. Mais vous allez voir cette influence de la fatigue se montrer, d'une façon bien plus manifeste encore, dans la production des accidents aigus, chez notre malade du n° 9.

Cette femme, qui est entrée à l'hôpital le 8 mai, est âgée de vingt-trois ans; sa pancarte lui donne la profession de confectionneuse, mais il y a bien peu de temps qu'elle l'exerce, car il n'y a pas plus de sept mois qu'elle a quitté la campagne, où elle est née, et où elle a été réglée pour la première fois à l'âge de seize ans. Elle ressentit alors de vives douleurs, qui se reproduisirent, plus violentes encore, les mois suivants, à l'époque correspondante, quoique les règles se montrassent très abondantes et très régulières dans leurs apparitions. Elles duraient six à huit jours et n'étaient séparées que par des intervalles de huit à dix jours. Malgré ces pertes répétées, probablement même grâce à leur influence, les souffrances avaient disparu et la malade avait repris ses travaux, mais elle était devenue anémique et, dans l'intervalle de ses métrorrhagies, elle était affectée d'un écoulement leucorrhéique, continuel quoique peu abondant.

Ses premiers rapports sexuels ont eu lieu à dix-sept ans. Ils n'ont amené aucun changement dans l'apparition fréquente de l'écoulement sanguin. Ils déterminèrent rapidement deux grossesses, séparées par un intervalle de neuf mois, qui se terminèrent chacune par un accouchement à terme, d'un enfant vivant et bien constitué. Pendant le cours de chaque grossesse la santé fut parfaite et il n'y eut ni métrorrhagie, ni écoulement leucorrhéique abondant.

Après chaque accouchement les règles revinrent au bout de six semaines et reprirent depuis lors l'abondance qu'elles avaient antérieurement, sans s'accompagner d'aucun trouble grave dans la santé. Les choses duraient ainsi, sans que les rapprochements sexuels fussent suspendus, même pendant le cours des métrorrhagies, lorsqu'il y a un peu moins d'un an, au mois d'août dernier, après la moisson, notre malade fut prise de douleurs dans le côté gauche et d'une métrorrhagie plus abondante encore que d'habitude; puis de douleurs très vives dans les reins, et dut cesser son travail, sans cependant être obligée de s'aliter complètement. La miction était très douloureuse, il n'y avait ni vomissements, ni diarrhée, ni ballonnement du ventre : la malade compare les symptômes qu'elle éprouva alors à ceux qui l'ont déterminée, il y a quelques jours, à entrer à l'hôpital et nous dit n'avoir jamais souffert autant qu'à ces deux époques. Cette métrorrhagie ne cessa qu'après cinq à six semaines, au bout desquelles survint un écoulement blanc jaunâtre et, quinze jours après, les règles reprirent leur cours, sinon normal, au moins habituel.

C'est alors que cette femme vint à Paris et se fit cui-

sinière. Pendant quatre mois les règles ont toujours été fréquentes et suivies de leucorrhée, comme pendant son séjour à la campagne, mais avec cette différence, qu'il se manifesta, à plusieurs reprises, des douleurs dans la fosse iliaque gauche, donnant une sensation de tiraillement, à laquelle elle n'était pas habituée ; et que l'utérus acquit une sensibilité anormale, se traduisant par une douleur de plus en plus vive, pendant le coït. Il y a trois mois, elle quitta la cuisine pour prendre l'état de confectionneuse, dans un atelier où elle était obligée de rester assise onze heures par jour. Depuis lors elle ressentit des douleurs plus vives dans le bas-ventre et, en revenant de son travail, elle se trouvait souvent forcée de s'arrêter, tant la marche était devenue douloureuse.

Depuis six semaines elle est atteinte d'une métrorrhagie à peu près continuelle, le sang qu'elle perd est très rouge, il n'y a pas de caillots. Les douleurs, qui ont leur point de départ dans la fosse iliaque, s'irradient dans les lombes et la cuisse gauche. L'émission des urines est accompagnée d'une sensation de brûlure ; il y a de la constipation, sans ténesme du côté du rectum. La malade est anémiée, mais pas autant qu'on pourrait le penser après une métrorrhagie d'aussi longue durée et qui a été précédée de pertes sanguines si fréquentes ; il y a un souffle manifeste au cœur et dans les vaisseaux du cou.

L'examen direct des organes génitaux nous a fourni les renseignements suivants. — Par le toucher, on constate que le col est volumineux, dirigé en arrière et à gauche, entr'ouvert. — Le corps est gros, mollasse, dirigé en avant et à droite ; douloureux à la pression.

A l'examen au spéculum, on voit une petite ulcération, puis un liquide visqueux transparent, qui s'écoule du col, et enfin un liquide sanguinolent.

L'hystéromètre pénètre facilement dans la cavité utérine et peut être enfoncé au delà de 7 centimètres ; il ressort couvert de sang.

La présence de la métrite interne n'est pas plus douteuse dans ce cas que dans le précédent et vous voyez — tout en tenant compte d'une prédisposition spéciale, résultant de cette menstruation, si abondante qu'il y aurait lieu de rechercher si elle n'était pas déjà par elle-même l'indice d'un état morbide antérieur, — vous voyez, dis-je, que chez cette malade la première crise de métrite interne aiguë s'est produite au mois d'août, après les fatigues de la moisson. De même pour la production de la seconde sont intervenues, outre les circonstances de l'acclimatement dans une grande ville, qui constituent toujours une prédisposition morbide bien évidente, des fatigues incontestables de diverse nature : d'abord de travail, celui de la domesticité parisienne étant plus pénible que celui des champs, et la couture, avec l'obligation de rester constamment assise, constituant la fatigue la plus intolérable qui se puisse voir pour une personne habituée à aller et venir en toute liberté, dans la campagne; enfin d'autres excès qu'il n'y a aucune indiscrétion à soupçonner, de la part de cette femme dont l'ardeur sexuelle n'était retenue ni par le fait de ses métrorrhagies presque incessantes, ni par les douleurs que lui causait l'acte vénérien. Je vous parlerai plus tard d'une malade, chez laquelle un simple examen par le toucher suffisait pour produire une exacerbation de tous les symp-

tômes morbides, et en particulier de la métrorrhagie.

Chez notre malade du n° 9, comme chez la précédente, nous avons vu, à l'écoulement sanguin, succéder, alternant avec lui, un écoulement muco-purulent qui faisait sur le linge des taches d'un jaune grisâtre, sans l'empeser fortement.

Lorsque la phlegmasie a pris une marche franchement chronique et alors que la malade est épuisée, autant par les souffrances que par les déperditions humorales qu'elle a éprouvées, on peut voir cet écoulement leucorrhéique, muco-purulent, exister seul, pendant plusieurs mois, et en l'absence non seulement de toute hémorrhagie, mais même de toute irruption des règles.

C'est la prédominance réciproque de cet écoulement leucorrhéique ou de l'écoulement sanguin qui, aux yeux de certains pathologistes, a paru justifier la division, que je n'admets pas, en métrite métrorrhagique et métrite catarrhale.

Les caractères de cet écoulement sont assez importants à bien déterminer, car ils peuvent contribuer à permettre de distinguer la métrite du corps de celle du col. L'écoulement fourni par la muqueuse du corps de l'utérus enflammée est purulent, constitué par un liquide beaucoup plus ténu, infiniment moins visqueux que celui qui provient du col ; ce liquide est presque toujours strié de sang, à ce point que Bennet a pu dire, non sans raison, que l'écoulement sanguinolent est à la métrite interne ce que le crachat teint de sang est à la pneumonie.

En voici la composition, d'après l'examen microscopique qui en a été fait par M. le docteur Leblond,

quand il était mon interne, sur une certaine quantité que j'ai extraite directement moi-même de la cavité utérine, au moyen de la sonde :

On y rencontre des globules purulents en grande quantité et quelques globules sanguins. Ces derniers sont peu nombreux, c'est-à-dire, qu'on rencontre deux ou trois globules sanguins pour 20 à 25 globules de pus. On trouve çà et là dans la préparation, mais très rarement, quelques grandes cellules avec un noyau, qui paraissent être des cellules d'épithélium pavimenteux. Ces divers éléments nagent dans un liquide transparent, légèrement rosé. On ne rencontre pas d'autres éléments que les trois ci-dessus mentionnés.

M. Hottenier, qui a continué ces recherches, a constaté qu'il existe toujours des globules sanguins dans le mucus sécrété par la cavité utérine enflammée et qu'on y en rencontre alors même que ce liquide ne présente à l'œil nu aucune coloration qui puisse permettre de soupçonner leur présence.

Quelquefois le liquide morbide s'accumule dans la cavité utérine, où il peut donner lieu à une certaine distension de la matrice, constituant une des formes de l'hydrométrie ; mais cela n'a lieu que si sa sortie est empêchée par un obstacle existant au niveau de l'orifice du col, tel qu'un petit polype faisant soupape, ou une flexion de l'utérus. Les mucosités, plus visqueuses, sécrétées par les glandules enflammées de la cavité cervicale, peuvent aussi, comme pendant la grossesse, former un bouchon glutineux, suffisant pour oblitérer le col et s'opposer, en dehors de tout autre obstacle, à la sortie des liquides contenus dans la cavité du corps. Cette particularité est bonne à connaître, car elle

explique comment, avec des orifices libres et dilatés, on peut trouver des mucosités accumulées dans la cavité utérine. Il arrive souvent qu'après le cathétérisme un flot de ces mucosités purulentes sorte de la cavité utérine enflammée, parce que la sonde, ayant entraîné le bouchon glutineux qui oblitérait la cavité du col, a déblayé le passage qui l'obstruait. Cela est bien plus évident encore si on se sert d'une sonde creuse, et, bien des fois, j'ai vu des quantités relativement considérables de liquide purulent, lactescent, s'écouler par la sonde introduite dans la cavité utérine.

Quand il séjourne ainsi dans la cavité utérine, le liquide purulent peut se décomposer, prendre une odeur fétide et donner lieu à la formation de gaz. Vous trouverez dans les leçons d'Aran (1) la relation d'un cas, fort intéressant, de métrite interne avec accumulation dans la cavité utérine de mucus purulent et fétide, mêlé de bulles de gaz, sans que cet observateur distingué ait pu expliquer pourquoi ce liquide et ces gaz étaient retenus dans la matrice.

Une autre particularité extrêmement intéressante de l'histoire de la métrite interne et se rapportant, selon toute probabilité, à la même cause, c'est la dilatation de l'orifice interne du col de l'utérus et de la cavité du corps de l'organe, qui est pour ainsi dire pathognomonique de cette affection.

Cette double dilatation ne peut être constatée que par le cathétérisme, pendant lequel on perçoit très nettement la sensation d'une pénétration beaucoup plus facile de la sonde qu'à l'état normal, parce qu'elle

(1) Aran, *Leç. cliniq.*, p. 449.

ne rencontre plus l'obstacle que lui apporte la coarctation physiologique de l'orifice interne, sur laquelle j'ai si longuement insisté lorsque je vous ai tracé les règles à suivre pour pratiquer le cathétérisme (1).

De plus, la sonde pénètre plus profondément que d'habitude; chez toutes nos malades elle arrivait jusqu'à 7, ou 7 centimètres 1/2 de profondeur. J'ai soigné une malade dont la cavité utérine avait 8 centimètres de profondeur (2). M. Hemey m'a communiqué une observation dans laquelle il a vu l'hystéromètre pénétrer jusqu'à 8 centimètres 1/2.

Mais ce n'est pas seulement suivant le diamètre longitudinal que les dimensions de la matrice sont augmentées ; la cavité utérine est élargie dans tous les sens et on peut souvent y faire tourner librement la sonde, dont le bec parcourt, dans ce mouvement, un arc de cercle assez étendu. Seulement il faut, lorsqu'on exécute ces mouvements, avoir le soin de les opérer avec douceur et légèreté, car, si la sonde peut évoluer librement et sans le moindre inconvénient dans la cavité utérine élargie, elle développe de vives douleurs lorsqu'elle vient à heurter les parois tapissées par la muqueuse enflammée. C'est ce qui avait lieu chez la malade dont je vous ai rapporté l'histoire en commençant, et le fait se reproduit de la même manière dans la plupart des cas. La prudence et la délicatesse dans les mouvements à imprimer à la sonde sont en outre commandées par cette circonstance, qu'un choc un peu violent pourrait non seulement déterminer de la douleur,

(1) Voy. p. 301 et suiv.

(2) Voy. A. Guichard, *Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral*, Thèse de doctorat. Obs. XVI, p. 152.

mais contondre ou perforer les parois utérines, qui sont alors, non seulement ramollies par l'inflammation, mais amincies et distendues.

Je ne m'arrêterai pas longtemps au diagnostic, car je puis le formuler en deux mots : Toutes les fois que je me trouve en présence d'une métrorrhagie persistante, alors même qu'elle ne s'accompagnerait d'aucun autre symptôme, mais à plus forte raison si je puis grouper autour d'elle quelqu'un de ceux sur lesquels je viens d'appeler votre attention ; si je ne trouve ni une altération du sang qui m'explique cette métrorrhagie, ni une tumeur soit intra-utérine, soit péri-utérine, ni un cancer de l'utérus, je diagnostique une métrite interne. C'est vous dire que j'exclus complètement l'idée de la métrorrhagie essentielle ou idiopathique, et à cela je n'hésite pas; car, plus j'étudie, plus mon inexpérience s'accroît, moins je rencontre de ces hémorrhagies qu'il ne soit pas possible de rattacher, comme symptôme, à l'une des causes que je viens d'énumérer.

Je sais bien que West (1) a cité un cas de mort par métrorrhagie, dans lequel il n'a trouvé d'autre lésion qu'un petit caillot, dans la cavité de la matrice, sans aucune altération de la muqueuse. Mais, outre que ce fait est rapporté avec trop peu de détails pour prouver que la métrorrhagie était réellement essentielle, il ne constituerait, s'il était confirmé, qu'une exception, car dans la plupart de ceux qui ont été invoqués à l'appui de cette thèse de l'essentialité de la métrorrhagie, nous trouvons les lésions caractéristiques de la métrite interne.

(1) West, *Leçons sur les mal. des femmes*, p. 82.

Elle n'est pas toujours aussi évidente que dans les faits observés par M. Duparcque, pour qui l'engorgement est la lésion capitale, alors même que « *souvent on rencontre cette altération au milieu de parties présentant des traces d'inflammation, et environnée d'épanchements purulents. La masse altérée est elle-même parsemée de petits foyers et infiltrée de pus, conjointement avec du sang noir* (1); » mais elle peut être retrouvée dans les deux faits invoqués par M. Courty, et qui sont empruntés l'un à Obre, l'autre à Whitehead.

Voici la relation de ces deux faits, un peu plus détaillée qu'elle ne l'est dans le livre de M. Courty.

Le cas dont il s'agit dans l'observation intéressante publiée par Henri Obre (2) est celui d'une « jeune fille de quatorze ans et trois mois, chez laquelle l'évolution utérine de la puberté, au lieu de suivre ses voies régulières, se manifesta par une hémorrhagie non interrompue, et qu'aucun traitement ne put diminuer. Les chances de salut qui restaient à la malheureuse enfant ne pouvaient plus être trouvées que dans la transfusion que l'on allait tenter, quand la famille crut devoir se confier aux promesses d'un magnétiseur. La malade expire avant les quelques heures qu'il réclame.

« A l'autopsie, toutes les parties externes et internes des organes génitaux furent trouvées ce qu'elles devaient être chez une vierge : saines, *à l'exception d'un ramollissement remarquable de la muqueuse utérine, détachée en plusieurs points de la tunique mus-*

(1) Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*. 2e édit., p. 181.
(2) H. Obre, *Gazette médicale de Paris*, 1858, p. 596.

culaire ; elle était pâle et cédait au contact du dos du scalpel ; de nombreuses ecchymoses s'observaient en plusieurs points. Il n'existait aucune apparence d'érosion vasculaire ni de dilacération. Les vaisseaux et les gros viscères abdominaux étaient absolument vides de sang. »

M. Whitehead (1) a présenté à la Société pathologique de Manchester l'utérus et ses annexes, d'une jeune fille vierge qui mourut de métrorrhagie à l'âge de dix-sept ans et cinq mois.

« Cette jeune fille avait un tempérament lymphatique fortement accentué ; elle était blonde, avait la peau lisse et douce, elle était douée d'une grande irritabilité nerveuse.

« Les règles apparurent pour la première fois vers l'âge de treize ans, et cela sans accident. Depuis cette époque les fonctions menstruelles s'accomplirent régulièrement. L'écoulement durait environ quatre jours à chaque époque. Sa santé fut parfaite jusqu'à une époque peu éloignée de sa mort.

« Un jour de gelée, en décembre, elle fit une chute dans la rue, elle en fut fortement ébranlée, mais n'en éprouva pas d'autre mal. Dix ou douze jours après cette chute, l'époque menstruelle étant arrivée, ses règles apparurent comme à l'ordinaire. Quelques jours auparavant, elle avait éprouvé une sensation de langueur extrême, accompagnée de frissons, alternant avec des phénomènes de réaction fébrile. Au second jour de la période cataméniale, elle s'était assise sur le pas d'une porte de rue, et s'était trouvée ensuite

(1) Whitehead, *London Medical Gazette*, 1846.

incapable de reprendre ses occupations (1). Les règles continuent à couler avec leur durée habituelle. Mais, au lieu de s'arrêter à l'époque voulue, l'écoulement dégénéra en une abondante hémorrhagie, et la malade perdit des caillots de sang. Cinq ou six jours de traitement suffirent pour arrêter l'hémorrhagie. Cependant, la malade se trouva considérablement affaiblie ; mais au bout de dix à douze jours sa santé et ses forces semblèrent assez bien rétablies.

« Les menstrues de l'époque suivante, qui eurent lieu au commencement de février, environ six semaines après l'accident, furent très abondantes et ne cessèrent qu'après une durée de seize jours.

« Le 6 mars, jour de la troisième période depuis l'accident, les règles reparurent encore. Pendant les deux ou trois premiers jours de l'époque, l'écoulement ne présenta rien d'extraordinaire, mais bientôt il prit la forme d'une hémorrhagie alarmante, dont un traitement aussi prompt que bien institué ne put triompher. La jeune fille mourut d'épuisement le 15 du même mois ; l'écoulement ayant cessé environ vingt-quatre heures avant la mort.

« A l'autopsie, qui fut faite vingt heures après la mort, on ne trouva aucune lésion des organes. Le corps était généralement exsangue. L'utérus paraissait *un peu plus volumineux* que dans son état normal. Les parois étaient moins fermes, mais elles avaient presque

(1) Ce passage est assez peu compréhensible. En voici le texte anglais. « For several days previously she had experienced a feeling of great languor, accompainied by alternate rigors and ferrerish reaction, and on the second day of the catamenial period she sat down on the step of a street-door, after wich she became unable to resume her employment. »

l'épaisseur ordinaire. Un caillot de sang en occupait la cavité tout entière. Ce caillot mesurait 2 pouces 1/4 (57 millimètres) de son extrémité inférieure qui se terminait au museau de tanche à la partie située au fond de l'utérus ; 1 pouce 3/4 (44 millimètres), entre ses deux cornes. L'extrémité de chaque corne du caillot était arrondie, semi-transparente, fibrineuse, et se terminait à l'orifice tubaire correspondant.

« Les trompes de Fallope étaient vides et de dimension normale. Les deux ovaires présentaient des corps jaunes à divers degrés de formation, mais sans aucune autre altération de leur tissu. Les lèvres et le col de l'utérus étaient sains.

« *La surface interne de l'utérus présentait de nombreuses ouvertures disséminées dans toute son étendue. Elles étaient visibles à l'œil nu. Quelques-unes étaient assez larges pour admettre un crin assez gros ou le bout d'une sonde lacrymale.* Elles étaient plus larges et plus nombreuses de chaque côté, au fond, près des cornes de l'utérus et à la portion rétrécie du corps, près de l'isthme du col. Ces ouvertures avaient une disposition valvulaire les faisant s'ouvrir : les inférieures dans la direction du col, les supérieures dans la direction des orifices des trompes de Fallope. »

Ces deux utérus, dont l'un a sa muqueuse remarquablement ramollie, ecchymosée et qui, en plusieurs points, se détache du tissu musculaire ; dont l'autre est « plus volumineux qu'à l'ordinaire, a ses parois moins fermes, quoique d'une épaisseur normale, et sa muqueuse criblée de petites ouvertures visibles à l'œil nu, » sont-ils véritablement sains ? Je le demande à tout esprit non prévenu, et je suis certain que nul n'hé-

sitera à reconnaître qu'ils portent les stigmates évidents du travail inflammatoire qui siégeait dans leur cavité (1).

Je n'ignore pas que la métrite interne est souvent difficile à reconnaître, même anatomiquement ; qu'elle ne s'accompagne pas toujours de phénomènes réactionnels suffisants pour permettre de distinguer au premier coup d'œil sa nature inflammatoire. Mais ce qui reste obscur dans certains faits peut être éclairé par d'autres faits analogues, et lorsqu'on a vu une malade succomber, comme celle dont M. Hemey nous a donné l'observation (2), à une série de symptômes dans l'ensemble desquels il était difficile de reconnaître une phlegmasie franche, et lorsqu'à l'autopsie on a reconnu que les lésions qui avaient donné lieu à ces symptômes et, par le fait, avaient causé la mort, étaient bien réellement des altérations procédant de l'inflammation, on ne peut pas s'empêcher d'en induire que, dans les faits identiques, comme symptômes, les mêmes lésions doivent exister. On le peut d'autant moins que la thérapeutique, dans les cas heureux, vient justifier cette manière de voir, par les guérisons que l'on obtient en s'adressant directement à la muqueuse enflammée et en la modifiant; ce qui ne suffirait pas pour arrêter une hémor-

(1) Les dimensions de l'utérus de la vierge adulte sont dans le sens longitudinal de 17 millimètres pour le corps et de 28 millimètres pour le col, soit au total 45 millimètres ; le caillot contenu dans la cavité utérine de la jeune fille observée par Whitehead ayant 57 millimètres de long indique donc un allongement de 12 millimètres de cette cavité, soit plus du quart de sa longueur normale. — Dans le sens transversal l'augmentation est plus sensible encore (14 millimètres, puisque le caillot avait 44 millimètres, tandis que la distance physiologique et normale d'une corne à l'autre n'est que de 30 millimètres.

(2) Voyez p. 467.

rhagie qui ne dépendrait pas uniquement et exclusivement des altérations de cette muqueuse.

Les seules maladies avec lesquelles il y ait véritablement intérêt à tracer le diagnostic différentiel de la métrite interne sont : la métrite simple parenchymateuse aiguë, l'avortement, les tumeurs fibreuses interstitielles ou les polypes intra-utérins, les phlegmasies et les hématocèles péri-utérines.

Le diagnostic avec la métrite parenchymateuse se trouve tout entier dans ces quelques lignes de M. Courty, qui nous montre combien il sait, dans la pratique, distinguer la métrite muqueuse de la métrite parenchymateuse, quoiqu'il ait cru devoir les englober dans la même description didactique. Dans la métrite, dit-il (1), « les altérations de la menstruation sont quelquefois nulles, sauf de légères douleurs à l'époque des mois. D'autres fois, il y a de la dysménorrhée, des tranchées utérines à chaque retour menstruel, avec recrudescence des douleurs hypogastriques, inguinales et apparition de douleurs lombaires. D'autres fois il y a des altérations qui consistent surtout en des irrégularités pour l'époque du retour des règles, irrégularités pour la quantité de sang évacué. Relativement à l'irrégularité du retour, on remarque tantôt que les règles sont plus rares (symptôme propre à la métrite parenchymateuse), tantôt qu'elles sont plus fréquentes (phénomène fréquent dans la métrite muqueuse). Relativement à l'irrégularité de la quantité, elles peuvent être diminuées ou supprimées (symptôme propre à la métrite parenchymateuse) ou augmentées au point de produire des

(1) Courty, *loc. cit.*, p. 187.

ménorrhagies et même de véritables métrorrhagies (phénomène se présentant dans les cas de métrite générale, et surtout dans ceux de métrite muqueuse). »

L'avortement ne peut être confondu avec une métrite interne que pendant les trois premiers mois de la grossesse, car, ensuite, le fœtus a pris un développement qui ne lui permet pas de passer inaperçu au milieu des caillots hémorrhagiques, et les commémoratifs sont suffisants pour fixer le médecin relativement à la réalité de la grossesse. En tout cas, la métrorrhagie résultant d'un avortement est tout à fait accidentelle, elle a une durée limitée et ne se prolonge ni ne se reproduit comme celle qui est sous la dépendance d'une métrite interne. Seulement, vous ne devez pas oublier, Messieurs, qu'un avortement peut être le point de départ d'une métrite interne, soit qu'il ait été provoqué par elle, soit, au contraire, qu'il joue le rôle de cause déterminante ; et, de ce que vous aurez reconnu la fausse couche, vous ne devrez pas, pour cela, exclure l'idée de la métrite interne, qui trop souvent lui succède.

Les tumeurs fibreuses interstitielles et les polypes intra-utérins sont plus difficiles à reconnaître. Ici le cathétérisme devient indispensable ; si, en le pratiquant méthodiquement, vous trouvez un obstacle qui ne vous permette pas de faire pénétrer la sonde à la profondeur voulue, vous devez soupçonner l'existence d'une de ces lésions et plus particulièrement d'une tumeur interstitielle. Il en sera de même, si votre sonde pénètre beaucoup plus profondément, à 10 centimètres par exemple ou au delà, car la dilatation de la cavité utérine qui dépend d'une métrite interne n'atteint jamais des dimensions aussi considérables ; tandis que celle qui est

due à la présence d'un polype ou d'une tumeur fibreuse peut être beaucoup plus profonde encore. Le toucher, en révélant la présence de saillies, de bosselures sur les parois utérines, peut permettre de reconnaître les tumeurs fibreuses interstitielles. Le doigt introduit à travers les orifices du col, assez souvent entr'ouverts, peut sentir les polypes contenus dans la cavité utérine; mais ces moyens ne suffiront pas toujours, et il faudra dilater, soit avec des tiges de laminaria digitata, soit avec des cônes d'éponge préparée, l'orifice utérin, pour pénétrer, avec le doigt, dans sa cavité et s'assurer qu'il n'existe ni saillies ni bosselures.

Les phlegmasies péri-utérines et les hématocèles se reconnaîtront par le toucher, à la tumeur qu'elles forment au pourtour de l'utérus et qui ne doit pas exister dans la métrite simple; mais là encore se présentera la difficulté de reconnaître si les deux lésions, qui se compliquent si souvent, ne coexistent pas, et on ne pourra le faire que par l'analyse minutieuse de tous les symptômes.

Je ne crois pas devoir vous indiquer en ce moment à quels signes vous distinguerez le cancer de la métrite interne; les détails de ce diagnostic étant mieux placés à propos de la métrite chronique ou du cancer lui-même, dont je vous parlerai plus tard. Je ne parle pas non plus de la vaginite, car elle n'a avec la métrite interne qu'un seul symptôme commun, l'écoulement; et l'examen le plus superficiel suffit pour empêcher toute confusion. — Les signes propres à la métrite interne suffiront toujours pour révéler son existence quand elle se développera, comme cela arrive quelquefois, dans le cours d'une vaginite.

XII

MÉTRITE INTERNE OU MUQUEUSE

(SUITE)

ÉTIOLOGIE. — La métrite interne est une maladie de la période d'activité sexuelle de la femme. — Traumatisme, manœuvres chirurgicales. — Froid humide. — Influence des accouchements et des avortements. — La plaie placentaire. — Le voyage de noce. — Rapports de la métrite interne avec les phlegmasies des organes ou des tissus voisins et avec les déviations utérines. — Complications.

MARCHE DE LA MALADIE. — Début insidieux. — Recrudescences aux époques menstruelles. — Influence de la grossesse. — Passage à l'état chronique. — Débilitation extrême des malades.

TRAITEMENT. — Repos. — Antiphlogistiques. — Révulsifs cutanés et purgatifs. — Émollients et narcotiques. — Digitale. — Eau froide. — Injections intra-utérines. — Abrasion et raclage de la cavité utérine.

MESSIEURS,

La muqueuse de la cavité du corps de l'utérus peut s'enflammer à tout âge. On a cité des exemples de métrite interne constatée à l'autopsie de petites filles mortes de fièvres éruptives, mais ce sont là des cas tout particuliers qui ne doivent pas nous arrêter; cette phlegmasie n'étant alors qu'un épiphénomène de la maladie générale, sous l'influence de laquelle elle s'était produite.

En dehors de ces circonstances toutes spéciales, on

ne voit la métrite interne se manifester à l'état d'entité morbide indépendante qu'après l'apparition des règles.

Après la ménopause, on rencontre assez souvent des traces anatomiques de son passage dans l'utérus, mais, alors, elle ne détermine plus que des symptômes à peine appréciables, et qui se confondent avec ceux de la métrite parenchymateuse, dont je vous ai signalé la fréquence assez grande au moment du retour d'âge.

C'est donc pendant la période d'activité sexuelle de la femme, c'est-à-dire entre 16 et 45 ans, qu'on rencontre le plus habituellement la métrite interne ou muqueuse. Elle est tellement liée à l'acte physiologique de la menstruation que, d'après Bennet, en dehors des cas où elle est due à un traumatisme, elle ne surviendrait jamais à un autre moment que celui des règles.

Parmi les traumatismes qui peuvent la produire, je dois signaler plus particulièrement à votre attention ceux qui sont le fait d'une intervention médicale. On a dit qu'une injection vaginale, poussée avec trop de violence, pourrait déterminer une inflammation utérine, mais je me permets d'en douter. Une cautérisation maladroite ou intempestive, un cathétérisme brutal et pratiqué sans méthode, sont des causes beaucoup plus efficaces et dont l'action ne saurait être contestée. J'en dirai autant de la dilatation du col avec les tiges de laminaria digitata ou les cônes d'éponge préparée, qui a été plusieurs fois suivie d'accidents de nature inflammatoire. Il en est de même de l'application d'un redresseur intra-utérin, maintenu à demeure pendant un certain temps.

Le froid peut agir de deux façons : ou par une impression brusque au moment des règles, qui détermine

leur suppression immédiate; — mais, dans ce cas, il y a plus de chance de voir se développer une phlegmasie péri-utérine ou une métrite parenchymateuse qu'une simple métrite muqueuse; — ou, au contraire, en agissant d'une façon prolongée et continue. Dans ce dernier cas le froid, humide surtout, peut avoir une action non douteuse, ainsi West (1) cite l'exemple d'une dame qui, habitant une contrée humide de l'Irlande, y était presque constamment affectée de métrorrhagies, symptomatiques, à mon avis, d'une métrite interne, et qui voyait ces métrorrhagies se supprimer dès qu'elle venait en Angleterre, dans un pays plus chaud et plus sec, pour reparaître dès qu'elle rentrait dans la localité où elle les avait contractées. J'ai vu plusieurs fois la métrite interne se produire chez des blanchisseuses.

Cette sensibilité de la muqueuse utérine à l'action du froid humide permet de rapprocher l'affection dont elle est alors atteinte de celle qui se produit sur la muqueuse des bronches, dans des circonstances identiques, et je comprends parfaitement que l'on ait désigné l'une et l'autre sous la même dénomination d'affection *catarrhale*. Mais il faut être logique, et, puisque le catarrhe des bronches n'est autre chose que de la bronchite, aiguë ou chronique, on n'a aucune raison pour voir dans le catarrhe utérin autre chose que de la métrite muqueuse, aiguë ou chronique.

Aucune cause n'a sur la production de la métrite interne une influence pareille à celle de l'accouchement, ou de l'avortement, et, pour moi, l'importance

(1) West, *Leç. sur les mal. des femmes*, trad. Mauriac. Paris, 1870, p. 67.

de cette cause est telle que, sans pourtant les nier, je considère comme très-exceptionnels les cas d'inflammation de la muqueuse du corps de la matrice dans lesquels la maladie se développe chez des femmes n'ayant pas encore conçu. Vous avez remarqué que chez les malades dont je vous ai rapporté l'histoire, et vous verrez que chez celles dont il me reste à vous parler, il y a eu un ou plusieurs accouchements antérieurs; le début de la maladie ayant suivi de très-près le dernier, lorsqu'il n'a pas eu lieu quelque temps après un des précédents; ce qui prouve que, si la métrite interne peut être un obstacle à la fécondation, elle est loin d'être une cause absolue de stérilité.

Le fait seul de la parturition n'est pas, à vrai dire, la cause unique qui agit alors. Il est bien certain qu'après la délivrance, la cavité utérine est le siége d'une plaie résultant du décollement du placenta. Que cette plaie se cicatrise bien et régulièrement et tout rentre dans l'ordre. Mais que, au contraire, une cause quelconque vienne troubler ce travail de cicatrisation et celui d'involution rétrograde de l'utérus, qui s'accomplit simultanément, pour ramener cet organe à ses dimensions primitives, et alors vous comprenez comment il se pourra faire qu'une inflammation pathologique succède au travail physiologique dont la muqueuse utérine était le siége. C'est ce qui arrive lorsque, malgré toutes nos recommandations, une femme se lève trop peu de temps après être accouchée ; et, pour ma part, je ne connais rien de plus dangereux que cette habitude, si populaire, de limiter à neuf jours la durée du repos que les femmes prennent après leur accouchement. Je voudrais voir ce repos continuer pendant vingt

ou vingt-cinq jours au moins, et l'on éviterait ainsi bien des phlegmasies du système génital interne, qui ne reconnaissent pas d'autre cause que ces fatigues prématurées.

Les grossesses répétées peuvent, par un mécanisme analogue, être la seule cause d'une métrite interne; surtout lorsqu'elles ne sont pas séparées par un intervalle assez long pour que l'utérus ait eu le temps de reprendre ses dimensions physiologiques et normales avant d'être fécondé de nouveau ; c'est ce qui est arrivé chez une malade que j'ai eu à traiter après sa cinquième grossesse, alors que le début de la métrite interne remontait aux jours qui suivirent le quatrième accouchement.

De l'action de ces causes, je dois rapprocher l'influence que l'on a attribuée, à tort selon moi, à l'abus des plaisirs sexuels. C'est pourquoi je n'ai voulu parler ni des excès de coït, ni des contusions résultant de la disproportion des organes génitaux, à propos du traumatisme, car ce sont là des causes de métrite parenchymateuse ou de phlegmasie péri-utérine bien plutôt que de métrite interne. J'en dirai autant des excitations génésiques moins naturelles, qui n'ont ici aucune action spéciale. Cependant, on voit souvent la métrite et surtout la métrite interne se développer peu de temps après le mariage, et c'est ce qui a fait accuser les excès de coït, dont l'action ne saurait être douteuse, puisque Parent-Duchâtelet a constaté la très-grande fréquence des métrorrhagies chez les filles publiques. Mais je me demande si, dans tous ces cas, la véritable cause ne serait pas plutôt une série d'avortements répétés, survenus peu de temps après la conception et provoqués alors par la répétition de l'acte vénérien,

ou par toute autre cause agissant de la même façon.

Je ne m'explique pas autrement la production de la plupart des métrites internes qui surviennent au début d'un assez grand nombre d'unions conjugales. Je crois que le plus souvent il y a eu alors conception, suivie d'un avortement très-précoce que j'attribue moins à l'abus du coït qu'à l'habitude, si fort à la mode aujourd'hui, du voyage de noces. La jeune femme qui, au moment de la conception, a éprouvé des sensations fort inconnues pour elle, ne soupçonne pas l'état dans lequel elle se trouve. Pendant le cours du voyage, quelquefois à la suite d'une excursion plus ou moins fatigante, elle voit apparaître ses règles. Sont-elles en retard ou en avance? Elle songe à peine à le remarquer. Leur abondance même, plus grande peut-être que d'habitude, n'attire pas son attention ou lui paraît justifiée par son état nouveau. Du repos, des soins hygiéniques qu'elle avait l'habitude de prendre à cette époque, il est à peine question. Le voyage continue. Les fatigues se succèdent; une nouvelle époque, ou peut-être un nouvel avortement se produit, et, au bout de quelques mois, la nouvelle mariée, partie bien portante, revient épuisée, endolorie, toute désolée de rester inféconde, alors que l'état dans lequel elle se trouve est la conséquence d'une ou de plusieurs conceptions ayant mal abouti, plutôt que d'une stérilité véritable.

L'avortement provoqué, soit dans un but médical, soit dans une intention criminelle, peut, encore plus que celui qui survient naturellement, être le point de départ d'une métrite interne; l'action du traumatisme s'unissant alors à celle même dont je viens de vous expliquer le mécanisme. J'ai vu nombre de femmes

atteintes de métrite interne, développée dans ces conditions et dont l'affection a présenté la même marche et les mêmes symptômes que chez mes autres malades.

Enfin, la métrite interne peut être le résultat de l'extension, par voisinage, d'une inflammation des organes environnants. On l'a vue, en effet, se développer pendant le cours d'une vaginite qui, après avoir déterminé l'inflammation et l'ulcération de la muqueuse cervicale, se serait étendue jusqu'à la cavité utérine. Mais de tels faits sont rares, parce que, en pareils cas, l'inflammation ne franchit pas d'habitude l'isthme de l'utérus et reste limitée à la muqueuse qui tapisse la cavité du col. Par contre, et en sens inverse, on voit souvent la phlegmasie, qui a eu son point de départ dans les tissus péri-utérins (tissu cellulaire, ovaires, trompes ou péritoine), se propager jusqu'à l'utérus et déterminer l'inflammation, tant de son parenchyme que de sa muqueuse. Quant à la coïncidence de la phlegmasie de la muqueuse et de celle du parenchyme, elle ne doit pas être considérée comme une complication, mais comme une maladie constituée par une double lésion anatomique, absolument au même titre que la pleuro-pneumonie, par exemple.

Il y a, dans tous ces cas, une certaine difficulté à reconnaître quelle est la lésion primitive, quelles sont les altérations qui se sont développées consécutivement. Quoi qu'il en soit, ce sont ces affections, qui constituent les complications les plus habituelles de la métrite interne et qui ont les connexions les plus intimes avec elle. Il est donc toujours essentiel de rechercher si elles coexistent, et vous les reconnaîtrez facilement aux caractères qui sont propres à chacune d'elles, et que j'au-

rai soin de vous indiquer en vous faisant leur histoire.

Les déviations de l'utérus peuvent aussi se rencontrer en même temps que la métrite interne. Elles constituent alors des complications, qui ont leur importance, en ce qu'elles peuvent aggraver l'état de la malade et nécessiter, dans certains cas, des modifications importantes au traitement qu'il convient d'instituer. De ces déviations l'antéversion — qui n'est à vrai dire que l'exagération de la situation normale — se produit presque naturellement, par suite de l'augmentation de volume et de poids, dans tous les cas de métrite; mais elle est infiniment plus fréquente dans la métrite parenchymateuse que dans la métrite simplement muqueuse. Rappelez-vous cependant qu'elle existe chez nos malades des n°s 1 et 9 dont je vous ai donné l'histoire. L'antéflexion est plus rare; c'est, comme j'ai eu soin de vous le dire, dans les considérations anatomiques par lesquelles j'ai commencé ces Leçons, un état qui se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les nullipares que chez les femmes qui ont conçu, et il est tout naturel que nous ne le rencontrions pas, comme complication d'une maladie, qui reconnaît les grossesses antérieures au nombre de ses causes les plus efficaces. Il n'en est pas de même des déviations en arrière: rétroversion et rétroflexion; car, comme leur étiologie est à peu près la même que celle de la métrite interne, il n'est pas rare qu'elles la compliquent, et je dois dire qu'elles contribuent à la rendre beaucoup plus persistante et beaucoup plus rebelle au traitement. Quant aux déviations latérales, elles ne m'ont paru avoir aucune importance, pas plus quand elles compliquent la métrite interne que quand elles existent à l'état isolé.

Des névralgies diverses et plus particulièrement la névralgie lombo-abdominale peuvent compliquer la métrite interne. Mais sont-ce bien là des complications, et ne devons-nous pas considérer ces névralgies comme faisant partie de la symptomatologie de la maladie, au même titre que les troubles circulatoires causés par l'anémie et les phénomènes dyspeptiques qui l'accompagnent?

La métrite interne peut passer souvent inaperçue, au moins à son début; et ce que je vous ai dit, de la façon dont elle se produit chez les femmes nouvellement mariées, vous montre combien alors sa marche est insidieuse. Dans les cas les plus légers, le repos peut suffire pour amener sa guérison : dans d'autres, au contraire, il ne produit qu'un amendement passager; et une recrudescence survenue à une époque menstruelle montre que le mal n'était qu'assoupi. C'est ce qui est arrivé chez notre malade du n° 1, dont je vous ai rapporté l'histoire au commencement de la précédente Leçon. Ces recrudescences aux époques menstruelles constituent un des caractères importants de la maladie. Ce sont elles qui la perpétuent et la rendent particulièrement opiniâtre à ce point que, suivant Aran, la guérison, rebelle à tout traitement, a pu se produire spontanément dans plusieurs cas, lorsqu'il est survenu une aménorrhée due, soit à l'épuisement de la malade, soit à toute autre cause. Il faudrait cependant en excepter l'aménorrhée de la grossesse, qui, loin de laisser la muqueuse utérine au repos, augmente au contraire sa vitalité, et aggrave singulièrement l'inflammation dont elle peut être le siége. C'est ainsi que Courty a vu une femme succomber à une métrite interne compliquée

de grossesse. J'ai vu, une fois, la même complication se produire, avec une terminaison moins funeste.

C'était chez une femme, âgée de 22 ans, que j'ai soignée, en 1867, à l'hôpital Lariboisière, où elle occupait le n° 33 de la salle Sainte-Eugénie. Elle avait eu un premier enfant à 16 ans; l'accouchement se fit bien et elle n'eut d'autres accidents qu'un abcès du sein qui l'obligea à cesser d'allaiter son enfant. Peu de temps après, elle fut prise d'une leucorrhée, qui a toujours duré depuis lors. Elle eut un second enfant à 21 ans. Pendant le cours de cette seconde grossesse, elle eut, à plusieurs reprises, jusqu'au quatrième mois, quelques pertes de sang qui lui firent douter qu'elle fût réellement enceinte. Puis, vers le sixième mois, un jour en urinant, elle perdit, dit-elle, un énorme caillot qui remplit presque la moitié du vase. Elle consulta un médecin qui lui prescrivit alors de garder le lit, ce qu'elle ne fit pas; elle continua à travailler, mais avec nonchalance et lassitude. Vers le huitième mois, elle eut une forte secousse, en tombant dans un escalier, et sentit immédiatement dans le ventre une vive douleur, qui persista. Cependant l'accouchement eut lieu à terme, régulièrement et sans autre accident. Mais, au bout de trois ou quatre jours, la malade fut prise de coliques. Son ventre devint ballonné, tendu, douloureux à la pression. En même temps elle éprouvait des douleurs très-vives dans les lombes et dans les hypochondres. Un mois après son accouchement et en même temps qu'elle éprouvait ces douleurs, qui étaient assez violentes, cette jeune femme eut des hémorrhagies qui durèrent six semaines et l'affaiblirent beaucoup. Le travail lui était impossible, surtout dans la

position assise. Des bains et des injections la soulagèrent un peu ; les règles revinrent à peu près régulièrement, mais beaucoup moins abondantes qu'auparavant. La malade essaya de reprendre son travail, mais la position assise ramenait toujours les douleurs abdominales et lombaires, et l'écoulement leucorrhéique, dont cette femme avait été affectée autrefois, se reproduisit avec plus d'abondance que jamais.

A son entrée à l'hôpital, nous l'avons trouvée très-affaiblie et présentant tous les signes d'une anémie profonde. Elle accusait des élancements douloureux, assez fréquents, dans les lombes et à l'hypogastre, et nous constatâmes, par la pression méthodiquement exercée, la présence de plusieurs des points douloureux de la névralgie lombo-abdominale.

L'examen direct des organes génitaux nous montra le col volumineux, un peu dévié à gauche, le corps de l'utérus étant incliné à droite et en avant. Le corps était un peu lourd et douloureux à la pression du doigt. Cependant, il jouissait d'une certaine mobilité, et les tissus péri-utérins étaient souples. Au spéculum nous vîmes une ulcération d'un rouge vif, étendue de deux à trois millimètres autour de l'orifice du museau de tanche, dans lequel elle pénétrait. Les premiers jours, nous ne vîmes que des mucosités sanguinolentes sourdre par l'orifice ; plus tard, nous aperçûmes un écoulement muco-purulent, visqueux et assez difficile à enlever avec le pinceau, mais qui était ensuite remplacé par un liquide plus ténu et d'aspect purulent. Le cathétérisme utérin ne fut pas pratiqué à cause de la douleur et des hémorrhagies que provoquait le simple toucher. Il y eut, en effet, ceci de remarquable,

chez cette femme, que chacun des examens auxquels elle fut soumise provoqua une exacerbation très-manifeste de ses douleurs hypogastriques et lombaires, et que, au lieu des quelques gouttes de sang qui peuvent s'écouler quelquefois après le toucher, dans les cas d'ulcération du col un peu étendue, il y eut toujours chez elle, ou une véritable recrudescence de l'hémorrhagie déjà existante, ou un retour de cette hémorrhagie, si elle n'existait pas au moment de l'examen.

Les symptômes fournis par le toucher étaient, du reste, suffisants pour me faire reconnaître que l'inflammation ulcéreuse de la muqueuse du col s'étendait jusqu'à celle du corps, et j'instituai en conséquence un traitement, dont je vous parlerai plus tard, et qui, après deux mois, amena, non pas une guérison définitive, mais un soulagement suffisant pour permettre à la malade de quitter l'hôpital en bien meilleur état qu'elle n'y était entrée.

La succession des symptômes éprouvés par cette malade nous montre d'une façon bien manifeste qu'à son premier accouchement succéda une métrite chronique avec ulcération, qui demeura très-probablement bornée au col utérin, car elle ne donna lieu qu'à de la leucorrhée. L'extension de cette phlegmasie jusqu'à la muqueuse de la cavité utérine se fit seulement à dater de la grossesse, mais très-près du début, et elle devait exister dans les premiers mois, lorsqu'il y eut ces pertes sanguines irrégulières qui laissèrent pendant quelque temps à la malade des doutes sur son état, et qui n'étaient que le prélude de la métrorrhagie plus abondante qui eut lieu vers le sixième mois. On ne peut donc pas la rapporter à la chute qui eut lieu vers le

huitième mois, quoique cette dernière ait pu contribuer à l'aggraver singulièrement. En tout cas, il est certain que la métrite interne, que nous avons vue se prolonger après l'accouchement , remontait à une époque de beaucoup antérieure et qu'elle a existé pendant tout le cours de la grossesse, se manifestant alors par des symptômes non douteux, principalement par de la métrorrhagie et des douleurs caractéristiques.

Les exacerbations qui surviennent à chaque époque menstruelle font que la métrite interne a une assez grande tendance à passer à l'état chronique. Lorsqu'il en est ainsi, les métrorrhagies qui ont marqué le début de la maladie peuvent persister et déterminer à elles seules des symptômes d'anémie et d'affaiblissement inquiétants. Mais il peut arriver aussi qu'elles soient remplacées par un écoulement leucorrhéique assez abondant. Cet écoulement, dont je vous ai fait connaître les caractères physiques, a cette propriété de déterminer un affaissement des forces de la malade plus grand encore que ne le font les métrorrhagies, même les plus abondantes. Est-ce par sa continuité, ou par la nature même des fluides qui le composent et dont la déperdition se fait plus vivement sentir sur l'organisme, qu'il amène cet affaiblissement ? Je ne saurais le dire, mais je constate ce phénomène qui n'a échappé à aucun observateur.

La dyspepsie, les troubles gastralgiques, le défaut de nutrition, les palpitations cardiaques, les troubles nerveux, causés par la chlorose et l'anémie ne tardent pas à se montrer avec ce caractère particulièrement alarmant, qu'ils déterminent chez la malade un pro-

fond sentiment de découragement et de tristesse qui aggrave sa position et la lui rend plus pénible. Cet état de tristesse est commun à tous les individus qui ont une maladie des organes génitaux, aussi bien les hommes que les femmes, et il importe de bien le distinguer des émotions morales douloureuses qui auraient pu précéder le développement de la maladie et auxquelles certains pathologistes font jouer un rôle important dans l'étiologie. Ne partageant pas leur avis à cet égard, c'est avec intention que j'ai omis de vous signaler les chagrins au nombre des causes de la métrite interne.

Ce sont tous ces phénomènes qui font de la métrite interne une maladie grave, car la difficulté avec laquelle nous avons pu réunir des observations d'*anatomie pathologique* vous montre qu'elle est rarement mortelle.

La plupart des femmes que j'ai soignées pour une métrite interne aiguë présentaient au début de leur maladie une constitution forte et vigoureuse; et vous avez vu que chez l'une d'elles un tempérament sanguin, avec une menstruation précoce et abondante, a créé une disposition bien manifeste à la métrite interne, qui s'est ensuite développée sous l'influence de fatigues, jouant le rôle de cause déterminante. Si l'on trouve fort souvent les malades faibles, pâles, amaigries, épuisées, il faut voir dans cet épuisement le résultat plutôt que la cause de la maladie. Aran va jusqu'à prétendre qu'il peut être poussé au point de devenir une cause de phthisie ; mais il me semble qu'il a singulièrement exagéré cette action et que, si la présence de la métrite interne peut hâter l'évolution de la

phthisie, ce n'est que chez les sujets qui en sont déjà atteints au moment de l'apparition de la phlegmasie intra-utérine ou chez ceux qui, par voie d'hérédité, sont déjà en puissance de la diathèse tuberculeuse. Sans établir, ce qui serait contraire à la réalité des faits, un antagonisme quelconque entre la phthisie et la métrite interne, je dois dire que je les ai rarement rencontrées réunies chez le même sujet, pas plus sur le vivant que sur le cadavre, et que, à ce point de vue, les phlegmasies du péritoine pelvien, de l'ovaire et de la trompe me paraissent avoir beaucoup plus de corrélation avec la tuberculisation que celles de la muqueuse ou du parenchyme.

Si la métrite interne survient chez une jeune femme, et à plus forte raison chez une jeune fille, la guérison peut se produire spontanément et par le seul effet du repos. Mais il est rare qu'il en soit ainsi chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, et c'est surtout lorsque ces grossesses ont été très rapprochées, et plus encore lorsqu'elles se sont terminées par des avortements plutôt que par des accouchements à terme, que la maladie a le plus de tendance à se perpétuer, en passant à l'état chronique.

Le traitement doit donc être modifié suivant l'époque de la maladie, aussi bien que suivant sa gravité et la prédominance de tel ou tel symptôme qui peut nécessiter l'application d'un agent thérapeutique spécial. Je vais vous l'exposer avec quelques détails; mais, afin d'éviter autant que possible les redites, je m'attacherai à ne vous parler, en ce moment, que des moyens qui devront être dirigés plus spécialement contre la phleg-

masie de la muqueuse de la cavité utérine, renvoyant à l'étude de la métrite chronique, proprement dite, tout ce qui se rapporte à l'inflammation du parenchyme, ou à celle de la muqueuse qui revêt le museau de tanche.

Puisque la métrite interne a pu guérir spontanément, par le repos seul, vous devrez essayer de ce moyen pour les cas légers, mais je vous engage à ne pas trop y compter, pour peu que l'amélioration désirée se fasse attendre.

Si vous êtes en présence d'une métrite interne franchement aiguë, s'accompagnant de symptômes inflammatoires bien marqués et d'une réaction fébrile assez vive; si surtout, vous êtes consulté dès le début, vous ne devez pas hésiter à employer les antiphlogistiques, et particulièrement les émissions sanguines. Il vous faudra surtout y avoir recours, si vous avez des raisons de penser que la métrite est généralisée, et s'étend au parenchyme en même temps qu'à la muqueuse, comme cela arrive souvent chez les jeunes filles prises de phlegmasie utérine vers l'époque de la première menstruation. C'est dans ces cas que les saignées générales, dites révulsives, préconisées par Lisfranc et par certains autres praticiens, peuvent avoir leur raison d'être; cependant, je n'y ai jamais recours et je me contente de saignées locales, en faisant appliquer sur l'hypogastre de 12 à 20 sangsues ou de 6 à 8 ventouses scarifiées. Ces émissions sanguines pratiquées, même pendant le cours d'une métrorrhagie, procurent toujours un soulagement notable. Mais, en raison de l'épuisement des malades, causé par leurs pertes de sang antérieures, on ne doit user de ce moyen qu'avec une certaine

modération, et je crois rarement utile de l'employer plus de deux fois de suite, en mettant quelques jours d'intervalle. Si les malades sont trop affaiblies, vous devez réduire le nombre des sangsues à 3 ou 4, et alors il y aura avantage à les appliquer directement sur le col.

Concurremment avec ces moyens, je vous engage à avoir recours aux purgatifs légers, tant pour débarrasser l'intestin que pour exercer une révulsion favorable sur sa muqueuse. Les boissons mucilagineuses seront prescrites en vue de calmer l'irritation de la vessie; enfin, vous aurez recours aux émollients, aux grands bains, surtout au moment où l'écoulement sanguin est remplacé par l'écoulement leucorrhéique; et aux narcotiques, tels que les cataplasmes et les injections laudanisés, les injections avec la décoction de plantes narcotiques, comme la morelle, la jusquiame, la belladone, le pavot, etc., les lavements émollients remplacés, aussitôt après leur expulsion, par un quart de lavement amylacé et laudanisé qui devra être conservé pendant toute la nuit; enfin vous donnerez l'opium à l'intérieur à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour.

C'est ainsi que j'ai procédé avec notre malade du n° 9, qui est toujours en traitement et dont l'état s'est amélioré, quoique nous soyons encore loin de la guérison. Chez elle, la métrorrhagie ayant cessé, et l'écoulement leucorrhéique étant très abondant, les sensations de douleur et de plénitude persistant dans la région hypogastrique, j'ai fait pratiquer une onction avec l'huile de croton tiglium sur la peau de l'abdomen, afin d'y opérer une révulsion énergique. C'est un moyen auquel il faut revenir à plusieurs reprises et à huit ou dix jours d'intervalle, si on veut en obtenir

des effets durables. Une série de vésicatoires volants donnerait le même résultat, et j'emploie indifféremment l'un ou l'autre de ces deux révulsifs.

La métrorrhagie, qui constitue le symptôme le plus important de la métrite interne, commande souvent par elle-même le traitement de cette maladie, et doit être combattue d'une façon spéciale. Lorsqu'elle a résisté au repos et aux émissions sanguines modérées, il faut l'attaquer directement, et le premier agent thérapeutique à lui opposer est l'action du froid. C'est pourquoi il convient de donner froides les injections émollientes et narcotiques dont je vous ai précédemment parlé. On a conseillé des compresses d'eau fraîche appliquées sur l'abdomen, des injections et des lavements d'eau froide, enfin l'introduction de fragments de glace dans le vagin, pour déterminer une réfrigération plus active. Ces moyens sont excellents, sans doute, mais ils ont leurs inconvénients, et, dans la pratique, il vous appartient de diriger l'application de l'eau froide ou de la glace, que vous conseillez à vos malades, de telle sorte qu'il n'en résulte aucun inconvénient pour elles. Or, ce qu'il faut éviter : c'est, d'une part, le défaut de continuité dans l'action du froid, qui, par les réactions pouvant résulter d'une application intermittente, détermine souvent l'effet opposé à celui que l'on recherche ; d'autre part, de trop généraliser cette action en mouillant les vêtements et les pièces de literie qui enveloppent la malade. Ce double inconvénient se produit d'une façon inévitable, lorsqu'on applique sur le ventre des compresses imbibées d'eau froide, qui se réchauffent en quelques minutes, ou lorsque l'on introduit dans le vagin des morceaux de

glace, qui fondent aussitôt. Le mieux est donc d'appliquer la glace sur l'abdomen, en la renfermant dans une vessie et en ayant soin de la renouveler dès qu'elle est fondue, et de réserver l'eau froide pour les irrigations intravaginales, qu'il faut faire assez longues pour leur donner une action véritablement sédative.

Les bains de siége froids, à courant continu, prolongés pendant un temps variant de trois ou quatre minutes à douze ou quinze minutes, suivant la susceptibilité particulière de chaque malade, sont extrêmement avantageux, car ils agissent non-seulement comme hémostatiques pour arrêter l'hémorrhagie, mais en même temps comme antiphlogistiques, pour dissiper l'inflammation. Vous vous rappelez avoir vu, il y a fort peu de temps, au n° 2 de notre salle Sainte-Geneviève, une femme de 22 ans, qui était affectée depuis cinq mois d'une métrite interne grave, avec métrorrhagies extrêmement profuses. Quatre bains de siége froids, à courant continu, suffirent pour arrêter ces métrorrhagies qui ne se reproduisirent plus; mais le traitement fut continué pendant trente jours, au bout desquels la malade sortit parfaitement guérie, quoiqu'elle eût présenté, en même temps que sa métrite interne, une ulcération du col, qui fut touchée deux fois avec une solution d'azotate d'argent.

Les bains de siége froids, à courant continu, doivent être administrés avec certaines précautions que je veux indiquer, car c'est surtout en hydrothérapie qu'il est indispensable de procéder d'une façon méthodique et régulière, sous peine d'obtenir des résultats qui, non-seulement différeraient de ceux que l'on attend, mais leur seraient même complétement opposés. Cha-

cun sait que le bain de siége à courant continu, qui se trouve dans tous les établissements hydrothérapiques, est un appareil percé d'une multitude de petits trous, servant les uns à l'arrivée de l'eau, les autres à son départ. Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que le bain de siége peut être pris dans cet appareil de deux façons : l'une, que j'appellerais volontiers par *flagellation*, consiste à asseoir la patiente dans le bain avant d'y faire arriver l'eau. Dès que le robinet est ouvert, le liquide se précipite à travers les nombreux pertuis qui lui donnent accès, et tous ces jets, convergeant vers le centre de l'appareil, viennent fouetter la malade d'une façon très-douloureuse. Comme les conduits de départ sont également ouverts, l'eau ne séjourne pas dans l'appareil, et la flagellation se continue pendant toute la durée du bain, ou plutôt de la douche. Cette douche, ainsi administrée, ne peut être supportée au delà de quelques secondes, et les malades les plus courageuses et les plus robustes n'y résistent pas plus d'une ou deux minutes. Elle exerce, du reste, une action excitante et stimulante, tout à fait opposée à celle que nous voulons obtenir, et malheureusement c'est la seule que connaissent les doucheuses; aussi faut-il établir avec elles une véritable lutte, lorsqu'on veut leur faire administrer un bain de siége à courant continu, véritablement sédatif, qui pourra et devra même être prolongé pendant quatre, six, huit ou dix minutes et même plus. Cette manière de procéder renverse toutes leurs notions; elles ne l'acceptent pas sans protestation ni résistance et j'ai eu souvent besoin d'imposer toute mon autorité pour obtenir que l'on se conformât à mes prescriptions.

Voici donc comment j'entends que soit donné le véritable bain de siége, à courant continu, pour qu'il soit bien un bain et non plus une douche, pour qu'il devienne sédatif au lieu d'être stimulant : avant de placer la malade dans le bain, on commence par le remplir d'eau froide, et pour cela il suffit de n'ouvrir les robinets de départ que quand les conduits d'arrivée ont amené une quantité d'eau suffisante. Le bain étant ainsi rempli, les conduits d'arrivée et de départ sont ouverts d'une quantité égale, de telle sorte qu'il s'établisse un véritable courant, dans lequel la malade peut s'asseoir sans ressentir le choc des jets d'arrivée, amortis qu'ils sont par la masse d'eau au milieu de laquelle ils pénètrent, et produisant seulement un remous à peine sensible. C'est dans ce courant, ainsi amorti, que les malades peuvent séjourner pendant un certain temps et qu'il faut les laisser au moins deux, trois ou quatre minutes, puis progressivement jusqu'à dix, douze ou quinze minutes, si l'on veut éviter le mouvement de réaction qui se produit toujours après l'impression trop rapide et trop peu prolongée du froid.

A l'action de ce bain de siége on peut ajouter celle de l'injection vaginale, à courant également continu, en adaptant une canule spéciale à l'un des orifices par lesquels l'eau arrive dans le bain.

On voit, dans certains cas, l'inflammation utérine e dissiper d'une façon très-rapide sous l'influence de ces bains de siége froids, ainsi prolongés. J'ai des exemples de métrorrhagies durant depuis trente et trente-cinq jours, qui, grâce à des bains de siége administrés comme il vient d'être dit, ont disparu au bout de quelques jours et qui ne se sont pas renou-

velées aux époques menstruelles suivantes. J'ai vu aussi, chez quelques malades, la disparition des accidents inflammatoires survenir d'une façon complète, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à aucun autre traitement.

Lorsque les malades sont trop affaiblies, ce moyen devient inapplicable, mais il peut être remplacé assez avantageusement par les irrigations vaginales conti-

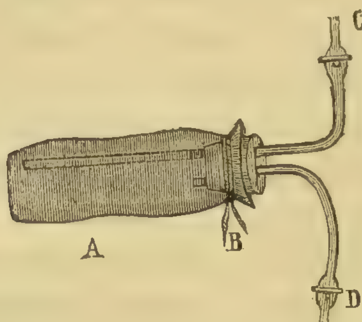


Fig. 93. — Appareil pour irrigations vaginales continues (*).

nues, pratiquées à l'aide de l'irrigateur de Clauzure, d'Angoulême (*fig.* 93), ou d'un simple condom, noué sur un bouchon de caoutchouc, percé de deux trous qui laissent passer deux tubes de caoutchouc, dont l'un plonge, par son extrémité, dans un réservoir, rempli d'eau et placé à une certaine hauteur; dont l'autre permet à l'eau de se déverser dans un vase situé à côté du lit. On peut ainsi faire passer dans cet appareil de 30 à 40 litres d'eau fraîche de façon à faire durer l'injection pendant une demi-heure, une heure et même

(*) A, vessie en baudruche ou en caoutchouc, destinée à être introduite dans le vagin. Elle est nouée en B sur un bouchon traversé par deux tubes C et D. Ces deux tubes sont munis chacun d'un robinet. — C, tube d'arrivée du liquide allant jusqu'au fond du réservoir; D, tube de départ ramenant le liquide dans un vase situé sous le lit.

plus longtemps encore, si cela est jugé nécessaire.

Ces appareils, à cause de la minceur de leurs parois, ont l'extrême avantage de produire une réfrigération considérable de tout le bassin, en évitant de mouiller le lit.

J'ai vu à l'Exposition universelle de 1878 un appareil inventé par un autre habitant d'Angoulême, M. Audouin, et qui permet de donner des irrigations froides aussi prolongées qu'on peut le désirer sans avoir recours au bain de siége (*fig.* 94).

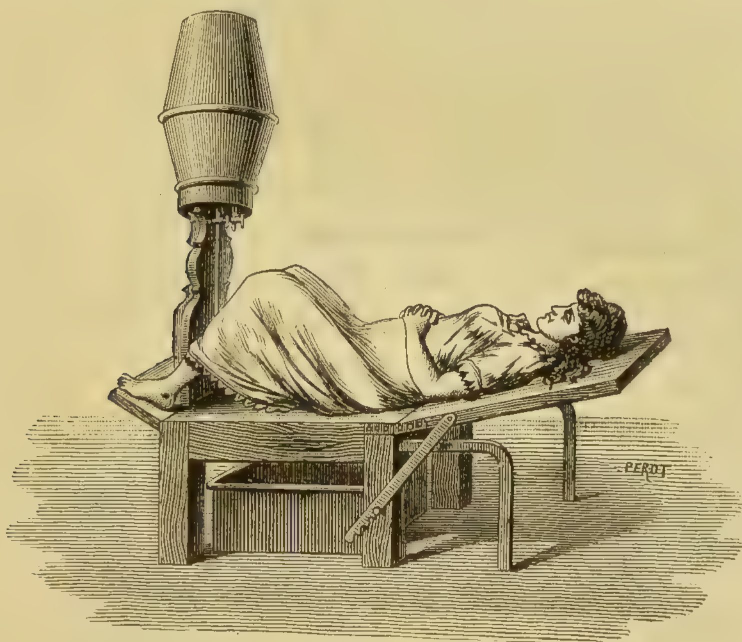


Fig. 94. — Bassin-siége à irrigations et injections continues du système A. Audouin.

Depuis que notre malade du nº 1, dont je vous ai raconté l'histoire pathologique au commencement de la leçon précédente (1), est soumise à notre observa-

(1) Voyez le commencement de l'observation, p. 175 à 178.

tion, j'ai successivement employé chez elle la série des divers moyens que je viens de vous énumérer, et voici comment la marche de sa maladie a été influencée par l'action de ces divers agents thérapeutiques :

Au moment où se produisit l'exacerbation qui suivit de peu de jours son entrée à l'hôpital, je lui prescrivis 30 centigrammes de seigle ergoté; mais, après cinq jours de l'administration de ce médicament, la douleur persistant ainsi que l'hémorrhagie, l'utérus étant toujours aussi gros, aussi lourd au toucher, je fis cesser le seigle ergoté, et j'ordonnai une irrigation froide, à courant continu, à l'aide de l'appareil Clauzure. Comme l'écoulement sanguin diminua un peu dans la journée, l'irrigation ne fut pas faite, et le lendemain j'ordonnai un julep avec 30 grammes de teinture de cannelle; la métrorrhagie cessa alors, elle avait duré en tout onze jours. Un écoulement blanc-jaunâtre abondant lui succéda, mais les douleurs diminuèrent peu à peu, ne se manifestant que la nuit, quoique dans la journée il y eût encore de la pesanteur et de la fatigue, surtout quand la malade restait debout ou marchait un peu, principalement en descendant un escalier. La miction était devenue moins fréquente et plus facile, le ténesme vésical avait disparu. Il n'y avait plus alors d'empâtement dans les tissus péri-utérins; mais l'utérus était toujours volumineux, incliné en avant, l'orifice du col étant entr'ouvert et légèrement ulcéré. Des cautérisations à l'azotate d'argent furent pratiquées sur cette petite ulcération, les bains et les injections furent continués. Mais quinze jours ne s'étaient pas écoulés qu'à la suite d'une fatigue très légère, éprouvée dans la journée, la

malade vit reparaître toutes ses douleurs avec irradiation vers les cuisses et les lombes. Cette recrudescence précéda de cinq jours seulement l'apparition des règles qui, cette fois, ne survinrent que dix-sept jours après la disparition des précédentes, tandis qu'antérieurement elles n'étaient séparées que par un intervalle de douze à treize jours ; mais elles durèrent encore neuf jours, sans toutefois qu'aucune médication fût instituée en vue d'abréger leur durée. Quelques jours après leur disparition, la malade fut soumise au traitement hydrothérapique, par des bains de siége à courant continu ; l'écoulement jaunâtre purulent diminua et fut bientôt remplacé par un liquide épais, visqueux, qui ne provenait plus, comme le précédent, de la cavité du corps, mais bien de la cavité du col de l'utérus. Trois ou quatre cautérisations avec l'azotate d'argent furent faites à l'intérieur de la cavité du col utérin, en même temps que les bains de siége froid furent continués. Les règles suivantes ne se montrèrent que vingt-sept jours après l'apparition des précédentes et ne durèrent pas plus de cinq jours. L'amélioration était alors assez grande pour faire espérer qu'elle ne tarderait pas à se transformer en une guérison définitive, lorsque la malade, satisfaite du résultat déjà obtenu, désira quitter l'hôpital.

Il n'est pas douteux pour moi que l'agent thérapeutique qui lui a été le plus utile a été, après le repos, l'eau froide à laquelle nous n'avons peut-être eu qu'un peu trop tardivement recours.

De tous les médicaments administrés à l'intérieur pour combattre les métrorrhagies — et j'entends ici les métrorrhagies dépendantes d'une métrite interne,

— le plus utile, celui qui m'a toujours le mieux réussi, et dont l'action efficace se fait sentir aussi bien sur l'état inflammatoire que sur l'hémorrhagie qui en est la conséquence, c'est la digitale. Je l'administre habituellement à la dose de 30 à 50 centigrammes de feuilles, infusées dans 125 grammes d'eau, et formant une potion qui est prise par cuillerées à bouche dans la journée. Je suis loin, comme vous le voyez, des doses qui ont été conseillées par Howship Dickinson et acceptées par Trousseau, qui aurait administré de 15 à 45 grammes de digitale, en infusion, par doses fractionnées en un seul jour ; et je me garderai bien de suivre une telle pratique, car, en ne dépassant pas la dose de 50 à 60 centigrammes, j'ai vu se produire, non pas des symptômes d'empoisonnement, mais des signes d'une débilitation excessive, si l'usage du médicament était prolongé pendant plusieurs jours. Dans un cas même, l'affaissement de la malade a été porté à un point tel qu'il m'a inspiré de sérieuses inquiétudes.

Je ne saurais, pour ma part, attribuer à la digitale une action spéciale sur le tissu propre de l'utérus, et je pense, contrairement à l'opinion de West et de Dickinson, qu'elle ne produit la cessation des métrorrhagies que par suite de son action sur le cœur, en amenant le ralentissement de la circulation et par suite la décongestion de la muqueuse utérine.

Quant au ratanhia et au perchlorure de fer, je n'ai jamais vu ces agents être d'aucune utilité dans les cas de métrorrhagie ; aussi je me dispense complétement de les administrer à l'intérieur dans la métrite interne.

Je rejette aussi, d'une façon absolue, les prépa-

rations de seigle ergoté et d'ergotine qui agissent en déterminant des contractions des fibres musculaires de l'utérus, par suite desquelles doivent se produire des froissements douloureux de la muqueuse enflammée. Ces agents médicamenteux doivent donc être considérés comme plus nuisibles qu'utiles, et il n'y a même pas lieu de les employer à titre de simples adjuvants, comme on pourrait le faire pour le ratanhia ou le cachou, ou même pour la teinture de cannelle, qui a été préconisée par Récamier et qui, dans les cas où elle a réussi, me paraît avoir agi plutôt par l'alcool qu'elle contient que par la cannelle elle-même.

Ce n'est pas que je n'aie vu dans quelques cas la métrorrhagie cesser rapidement à la suite d'injections sous-cutanées d'ergotine ; mais ce moyen, qui a été essayé dans mon service plutôt dans les cas de tumeurs fibreuses que dans ceux de métrite interne, n'a donné que des résultats fort passagers et fort peu constants.

Des moyens dont il vient d'être question jusqu'à présent et que j'ai dû rapidement énumérer en cherchant à préciser les indications de chacun d'entre eux, deux seulement sont véritablement sérieux et efficaces : ce sont les émissions sanguines et l'application du froid. Ce sont les deux agents par excellence de la méthode antiphlogistique et c'est à ce titre qu'ils peuvent nous aider à obtenir la guérison d'un certain nombre de cas de métrite interne. Mais il suffit d'être à la fois édifié sur la façon dont ils agissent et sur la nature des lésions qui caractérisent l'affection qu'ils sont destinés à combattre, pour se rendre parfaitement compte des conditions dans lesquelles ils pourront réussir, des circonstances dans lesquelles ils devront,

au contraire, nécessairement, forcément, échouer.

Rappelez-vous ce que j'ai dit en commençant des lésions anatomiques de la métrite interne, et vous comprendrez sans peine que si les émissions sanguines, que si le froid, sous la forme de glace ou d'irrigations plus ou moins prolongées, peuvent dissiper la congestion, l'hypervascularisation, la boursouflure de la muqueuse qui marquent la première période — période aiguë, période franchement inflammatoire — de la métrite interne, ils seront absolument impuissants à faire disparaître les lésions plus profondes, telles que les ulcérations de la muqueuse, ou les fongosités, les granulations, les végétations qui se produisent pendant la période suivante, et rendent la maladie si tenace, si rebelle à tous nos moyens de traitement.

Voyons donc par quels moyens nous pourrons combattre ces ulcérations et ces fongosités de la muqueuse intra-utérine.

Récamier avait eu l'idée de racler la cavité utérine en se servant d'une curette, à bords un peu tranchants, qu'il avait spécialement inventée pour cet usage, et qui, lui servant aussi, dans une certaine mesure, pour assurer son diagnostic, peut être considérée comme l'un des précurseurs de l'hystéromètre et de la sonde utérine (fig. 95).

Disons de suite que l'emploi de cet instrument est très dangereux ; car il s'agit non pas seulement d'explorer tout simplement la cavité utérine, comme on le fait chaque jour et sans le moindre inconvénient, avec une sonde mousse et très lisse ; mais bien d'abraser la muqueuse, de la gratter, de la racler, pour enlever et détacher de sa surface les granulations et les

fongosités qui la recouvrent en certains points. — Récamier prétendait détacher ainsi jusqu'à plusieurs cuillerées à soupe de ces granulations ou de ces fongosités ; mais n'enlevait-il qu'elles ? et enlevait-il bien toutes celles qui pouvaient exister dans l'utérus qu'il attaquait avec cet instrument ? C'est ce dont il est permis de douter.


Fig. 95. — Curette de Récamier.

Aran a raillé assez agréablement la prétention qu'avait l'inventeur de la curette de diagnostiquer, au moyen de son instrument, des granulations grosses comme un grain d'orge ou de blé, situées hors de la portée de sa vue et de son toucher, et qu'il ne pouvait atteindre que par l'intermédiaire d'une tige de métal, longue de 25 à 30 centimètres. Cette critique est certainement fondée, et l'on comprend très bien qu'une lésion comme celle qui est représentée en A, sur la figure 88, ne puisse être ni diagnostiquée, ni même sûrement atteinte, à l'aide de la curette seule. Peut-être pourrait-on la détacher de son point d'implantation, en agissant ainsi aveuglément et au hasard, mais ce serait une chance toute fortuite, qui ne suffirait pas pour permettre de généraliser ni d'ériger en méthode opératoire classique la manœuvre à l'aide de laquelle ce résultat imprévu aurait pu être obtenu. Je dois dire, cependant, tout de suite, que si dans un cas pareil il était possible d'arriver, à l'aide soit de la vue, soit du toucher, soit mieux encore par l'action combinée de ces deux sens, à acquérir la notion exacte de l'existence, de l'étendue et du siège d'une semblable lésion,

le seul traitement rationnel qu'il conviendrait d'appliquer serait l'ablation de cette petite tumeur fongueuse, et que cette ablation ne saurait être mieux faite que par l'abrasion, pratiquée au moyen de la curette. C'est pourquoi j'aurai à rechercher, plus loin, s'il n'y aurait pas moyen, en dilatant préalablement les orifices, d'explorer tout l'intérieur de la cavité utérine, de façon à justifier l'emploi de la curette de Récamier, dans certains cas spéciaux et bien déterminés, se rapprochant de celui que je viens de prendre pour exemple.

Cela dit, et sous le bénéfice de cette réserve, il reste acquis que la curette est un instrument inutile pour le diagnostic, et n'ayant pas, au point de vue thérapeutique, l'efficacité que lui attribuait son inventeur, dans les conditions dans lesquelles il l'employait.

J'ai commencé par déclarer que, dans ces conditions, c'est un instrument extrêmement dangereux, et je crois nécessaire d'insister sur ce point. Sa manœuvre peut avoir pour effet immédiat de perforer l'utérus, dont les parois, quoique souvent épaissies, sont toujours molles et friables, dans les cas de métrite interne; elle peut aussi, sans aller même jusqu'à la perforation immédiate, détacher, non seulement des lambeaux de la muqueuse malade, mais des fragments plus ou moins épais du tissu musculaire utérin et déterminer consécutivement une inflammation qui, se propageant rapidement au péritoine, pourra compromettre gravement la vie des malades. Je ne m'étonne donc pas que Aran ait pu citer trois cas de mort à la suite de l'opération du raclage de la cavité utérine, et j'ai la conviction qu'il n'a pas connu tous ceux qu'il aurait pu relever.

Cependant, à côté de ses incertitudes et de ses revers, la méthode de Récamier a compté un certain nombre de succès, qu'il n'est pas permis de passer sous silence, et dont il importe de chercher la signification et d'expliquer le mécanisme, si l'on veut en obtenir de semblables, tout en évitant les dangers grâce auxquels ils ont pu être achetés.

Or, s'il est facile de comprendre comment la manœuvre de la curette peut exposer non seulement aux accidents de perforation, mais aussi à ceux d'inflammation que j'ai signalés plus haut, on comprend, non moins facilement, comment son action irritante, agissant dans des limites plus modérées et plus restreintes, peut exercer sur la surface de la muqueuse utérine, sur laquelle elle opère, une modification telle que, la vitalité de cette muqueuse étant changée, un travail réparateur succède au travail morbide dont elle était le siège. Cette action irritante développe nécessairement une inflammation, laquelle — modérée dans de certaines limites et se substituant à l'inflammation plus ancienne et d'une autre nature qui existait déjà — permet une guérison qui n'aurait pu être obtenue sans cette modification apportée à la vitalité des tissus malades. C'est donc là de la médication véritablement substitutive. Elle ne diffère en rien de celle qui est mise en usage lorsque, pour guérir une plaie ou un ulcère, on exerce sur sa surface une irritation quelconque.

Mais, de même que, pour les plaies, situées à l'extérieur et directement accessibles à l'action chirurgicale, il est rare que l'on recoure au frottement ou au raclage en vue d'obtenir cette irritation modificatrice,

on est en droit de se demander pourquoi les plaies ou les autres altérations de la muqueuse utérine ne seraient susceptibles d'être heureusement modifiées que par cette action mécanique. Ne voit-on pas tous les jours le chirurgien employer, soit des lotions cathérétiques, soit des cautérisations et obtenir ainsi, lorsqu'il agit sur des muqueuses accessibles à ces moyens directs, une guérison rapide et durable? N'est-ce pas ainsi du reste que nous agissons, lorsque l'ulcération ou la fongosité, au lieu de siéger dans l'intérieur de la cavité utérine, existe sur le museau de tanche et peut être mise facilement à découvert, à l'aide du spéculum qui la rend accessible aux divers agents physiques ou chimiques, avec lesquels nous sommes habitués à l'attaquer?

La difficulté qui nous arrête, en ce qui concerne les altérations de même nature, situées dans la profondeur de la cavité utérine, vient uniquement de ce qu'elles ne peuvent être ni mises facilement à découvert, ni sûrement atteintes par les agents caustiques dont nous pouvons disposer. Les expériences de M. le docteur Ambroise Guichard (1) ont montré, en effet, qu'un crayon de nitrate d'argent, par exemple, introduit à travers le canal cervico-utérin, arrive difficilement à dépasser l'orifice interne du col, pour pénétrer jusque dans l'intérieur de la cavité utérine, et que, si on parvient à le pousser jusque dans cette cavité, on ne peut l'y faire mouvoir de façon à le mettre en contact avec tous les points de la muqueuse qui la tapisse. Jamais il n'atteint jusque dans les angles des

(1) A. Guichard, *Des injections intra-utérines*, Thèse, mai 1872.

cornes de l'utérus, où viennent s'ouvrir les orifices des trompes, et que nous savons être un des sièges de prédilection des granulations et des fongosités qu'il s'agit de réprimer.

Le résultat est absolument le même si, au lieu d'un simple crayon, on introduit le caustique à l'aide d'un instrument plus ou moins comparable à celui que Lallemand avait inventé pour pratiquer la cautérisation de l'orifice des canaux éjaculateurs dans l'urèthre. Ces divers porte-caustiques, malgré la faveur dont ils jouissent auprès de certains praticiens fort recommandables, n'ont, en ce qui concerne la cavité utérine, aucun avantage, car il ne s'agit pas de protéger — comme Lallemand voulait le faire dans l'urèthre — une longue étendue de canal sain qu'il faut traverser avant d'arriver sur le point malade, pour attaquer ensuite celui-ci dans une partie très limitée et parfaitement déterminée à l'avance. Là, au contraire, le conduit à traverser est très court; il n'a même pas besoin d'être protégé, car il est le plus souvent lui-même affecté, et la surface à atteindre est généralement étendue à toute la muqueuse intra-utérine, ou tout au moins disséminée sur divers points de la surface de cette muqueuse, de telle sorte qu'il ne peut pas être permis de dire à l'avance quelles sont les parties de cette surface qui devront être attaquées, quelles sont celles qu'il pourrait être utile de ménager. De plus, par leur rigidité et leur inflexibilité, les porte-caustiques métalliques, dont nous parlons, ont cet inconvénient de ne pouvoir être introduits sans de grandes difficultés et sans causer de vives douleurs, dans les cas, relativement nombreux, dans lesquels une dévia-

tion utérine, et plus particulièrement une flexion, vient compliquer la métrite interne qu'il s'agit de combattre.

Ces raisons sont plus que suffisantes pour faire renoncer à l'usage des caustiques solides, qu'ils soient employés seuls, sous forme de crayon, ou introduits dans la cavité utérine au moyen d'un porte-caustique; et elles doivent nous déterminer à donner la préférence à ceux de ces agents qui, introduits sous forme liquide, auront au moins l'avantage de pouvoir se répandre dans toutes les anfractuosités de la cavité tapissée par la muqueuse malade, et d'atteindre ainsi, sûrement, tous les replis de cette muqueuse, qu'il s'agit de soumettre à leur action modificatrice.

Deux objections peuvent être faites à l'emploi de caustiques liquides ainsi introduits dans l'intérieur de la cavité utérine ; la première, c'est que justement leur action ne s'exerce pas exclusivement sur les points malades et qu'elle s'étend aussi sur la muqueuse saine. J'ai déjà fait justice de cette première objection en montrant, d'une part, que les caustiques solides ont une action moins certaine encore puisque, sans épargner d'autres parties de la muqueuse moins gravement atteintes, ils ne permettent pas d'arriver sûrement sur les points les plus malades; et d'autre part en établissant, par l'anatomie pathologique, que si la muqueuse est le siège d'altérations affectant divers points de sa surface, elle est enflammée dans sa totalité et que, par conséquent, il importe de la mettre tout entière en contact avec l'agent médicamenteux.

L'autre objection, plus sérieuse, est tirée du danger qui pourrait résulter de l'introduction du liquide caustique jusque dans le péritoine, à travers les orifices des trompes. Mais cette objection est plus spécieuse que réellement fondée, et elle ne résiste pas plus à l'expérimentation qu'à l'expérience des faits pratiques. Rappellerai-je que l'on a cherché à se rendre compte, sur le cadavre, des conditions dans lesquelles une injection, poussée à l'intérieur de la cavité utérine, peut pénétrer jusque dans le péritoine, et que des expériences décisives de MM. F. Guyon, Fontaine, Ambroise Guichard ont montré que cette pénétration ne s'effectue jamais dans des conditions analogues à celles dans lesquelles nous nous plaçons lorsque nous pratiquons ces injections dans un but thérapeutique ? A quoi bon insister sur cette démonstration expérimentale, puisque la pratique de ces injections, assez répandue aujourd'hui, n'a occasionné aucun des accidents que, théoriquement, on s'était cru en droit de redouter? Je dois cependant dire que, pour les rendre aussi innocentes et inoffensives qu'elles doivent être efficaces, il faut faire ces injections avec certaines précautions que je crois indispensable de rappeler, en vous indiquant la manière dont je procède habituellement.

L'outillage dont je me sers consiste en : 1° un spéculum bivalve; 2° une longue pince à pansement; 3° quelques sondes élastiques marquant, au plus, le n° 10 de la filière Charrière et ayant par conséquent le même diamètre que celui de l'extrémité olivaire de l'hystéromètre d'Huguier ou de Simpson, c'est-à-dire de 3 millimètres à 3 millimètres et demi, au maxi-

mum. Je tiens à cette dimension de la sonde, parce que je veux qu'elle pénètre facilement et sans être serrée dans l'orifice interne du col utérin, qui a, comme on sait, environ 4 millimètres de diamètre à l'état normal; et je suis d'autant plus sûr d'obtenir ce résultat que, par le fait de la métrite interne, cet orifice est toujours plus ou moins élargi. J'ai donc la certitude, alors même que cet élargissement morbide n'existerait pas, de voir le liquide introduit dans la cavité utérine refluer facilement entre les parois de cet orifice et la sonde, sans qu'il puisse y avoir accumulation de ce liquide et, par conséquent, distension de la matrice. Je tiens tellement à ce qu'il en puisse être ainsi que si, au moment de l'introduction de ma sonde, je m'aperçois qu'elle est serrée, dans un point quelconque du canal cervico-utérin, de façon à boucher ce canal, je la retire et j'en choisis une de plus petit calibre; 4° une petite seringue en verre (fig. 96) dont la capacité a été soigneusement graduée à l'aide de divisions marquées

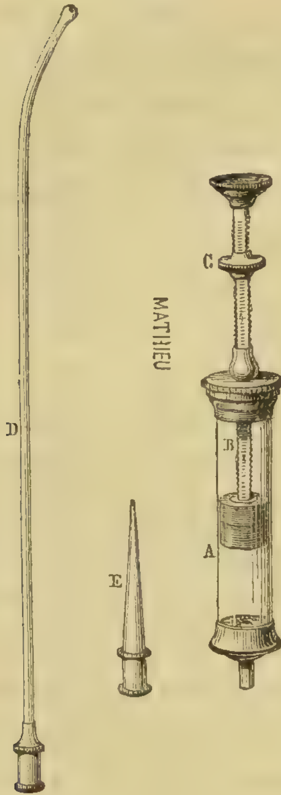


Fig. 96. — Seringue à injections intra-utérines (*).

(*) A, corps de pompe contenant 4 grammes de liquide. — B, tige graduée, munie d'un curseur C, destinée à injecter la quantité de liquide déterminée à l'avance. — D, sonde creuse, présentant la même courbure que l'hystéromètre d'Hugier. — E, canule conique destinée à s'adapter sur des sondes flexibles de calibres différents.

sur la tige du piston B; un curseur C, placé sur cette tige, permet de déterminer exactement à l'avance la quantité du liquide que l'on veut injecter. Cette seringue porte à son extrémité une canule conique E, avec un pas de vis qui permet de l'introduire dans les sondes en caoutchouc quel qu'en soit le diamètre, en obtenant un ajutage parfaitement hermétique. On pourrait également adapter à cette seringue un ajutage métallique D, mais alors il vau mieux avoir recours à l'ingénieux système de la seringue à jets récurrents (fig. 97), imaginée par le professeur Pajot. J'ai déjà dit pourquoi je préfère la sonde élastique à tous ces



Fig. 97. — Seringue à injections intra-utérines à jets récurrents du professeur Pajot.

ajutages métalliques, si habilement agencés qu'ils puissent être; 5° le liquide à injecter qui peut être ou du perchlorure de fer (solution Pravaz à 30°), c'est celui que j'emploie le plus habituellement; ou de la teinture d'iode; ou de la solution d'azotate d'argent cristallisé, au cinquième ou au quart; ou tout autre analogue, mais ce sont là les seuls dont je me sois jusqu'à présent servi.

La malade étant placée dans la position habituellement usitée en France, pour l'introduction du spéculum, je découvre le museau de tanche à l'aide de cet instrument, puis, saisissant une sonde à l'aide de la pince, je la pousse doucement à travers l'orifice du

col jusque dans l'intérieur de la cavité utérine. Je m'arrête dès que j'éprouve la moindre résistance, mais, avant de pousser l'injection, je dois m'assurer que la sonde est bien dans la cavité de l'utérus et que la résistance qu'elle éprouve résulte de son contact avec la paroi supérieure de cette cavité. J'ai un moyen bien simple de me renseigner à cet égard, il me suffit de placer, sur les lèvres du col, l'extrémité d'une autre sonde, d'une longueur égale à celle qui y a été introduite, et, en les juxtaposant l'une à côté de l'autre, je trouve, dans la différence de saillie qu'elles font hors de la vulve, la mesure exacte de la longueur de la cavité dans laquelle la première a pénétré. Si cette longueur atteint ou dépasse 6 centimètres, je suis fondé à penser que ma sonde est bien arrivée jusqu'au fond de la cavité utérine; si elle n'a pénétré que d'une quantité inférieure, c'est qu'un obstacle autre que le fond de l'utérus est venu s'opposer à son introduction. Il faut alors, à l'aide des manœuvres et des tentatives usitées dans tout cathétérisme, essayer de contourner ou de vaincre cet obstacle, pour pénétrer plus profondément.

La sonde étant ainsi introduite dans la cavité utérine, et les mouvements de retrait et de propulsion que je lui ai imprimés m'ayant démontré qu'elle joue bien dans les orifices et ne les oblitère pas, de façon à empêcher le reflux du liquide qui va être injecté, je procède, à titre d'essai préparatoire, à l'injection d'une certaine quantité d'eau tiède. La température de cette eau doit être de 30° à 35° centigrades, afin d'éviter les douleurs et les accidents que déterminerait l'impression trop vive d'un froid trop intense ou d'une

chaleur trop élevée. Cette injection d'eau tiède est poussée doucement, lentement, avec précaution, et, comme je n'ai pas retiré le spéculum, je surveille avec soin le moment où elle vient refluer à travers l'orifice du col, resté à découvert. La graduation de ma seringue m'indiquant exactement quelle a été la quantité de liquide employé ou injecté au moment où ce reflux s'opère, j'en déduis les dimensions exactes de la cavité utérine. Pour faire cette évaluation, il est bon de tenir compte de la quantité de liquide contenue dans la capacité de la sonde, laquelle est de 70 centigrammes. Cette déduction ainsi faite, on voit que la cavité utérine présente une capacité qui, dans l'état morbide dont nous nous occupons, a pu aller jusqu'à 4 centimètres cubes (4 grammes d'eau distillée pouvant être ainsi injectés, sans que le liquide ressorte par le museau de tanche), mais, en général, cette capacité est beaucoup moindre, et après l'injection du premier ou du second centimètre cube on doit voir refluer le liquide dans le fond du spéculum. Ce n'est pas sans une certaine timidité que j'ai continué l'injection dans les cas où ces quantités ont été dépassées, et, avant d'aller plus loin, j'ai toujours eu soin de m'assurer qu'aucun obstacle n'était apporté au reflux du liquide et surtout que la malade n'éprouvait aucun malaise pouvant faire craindre l'apparition d'un accident quelconque. Dès que la récurrence du liquide est parfaitement établie, l'injection aqueuse peut être continuée impunément, de façon à procurer un véritable lavage de la cavité utérine. Ces lavages sont fort utiles, et ils provoquent souvent la sortie de mucosités purulentes qui sont entraînées par l'injection.

Si les malades ont une grande susceptibilité nerveuse, si l'inflammation est vive, si le ventre est endolori, s'il y a de la fièvre, je m'en tiens souvent à cette injection d'eau, pour une première séance; dans le cas contraire, je la fais suivre immédiatement de l'injection caustique.

Pour cette dernière, le plus sage est certainement de n'employer qu'une quantité de liquide égale, ou même un peu inférieure à celle qui peut être contenue dans la matrice, dont la capacité a été mesurée, comme il a été dit plus haut. Mais, quand la récurrence du liquide est facile, il n'y a aucun inconvénient à en employer davantage, puisque tout ce qui est injecté en supplément ressort aussitôt. Cette injection est poussée avec autant de soins et de précautions que la précédente, après quoi on retire la sonde et le spéculum, et la malade est laissée dans son lit, où il convient qu'elle garde le repos pendant au moins vingt-quatre heures. J'ai vu souvent des femmes qui, après une injection ainsi faite à ma consultation, sont rentrées chez elles et n'ont pas éprouvé le moindre accident; mais cependant cette pratique ne me paraît pas devoir être suivie, et quelques faits m'ont montré qu'elle pourrait facilement devenir dangereuse, par suite de l'imprudence des malades.

Dans les heures qui suivent l'injection, la malade éprouve souvent des coliques utérines assez vives, avec sensation de contraction; le ventre est un peu tendu et douloureux, et souvent il y a, dans la soirée, un léger mouvement fébrile; mais, dès le lendemain, le surlendemain au plus tard, tous ces symptômes

sont apaisés, et il a suffi d'un cataplasme laudanisé et d'une potion calmante avec quelques centigrammes de morphine ou d'opium pour les faire disparaître.

Ces symptômes sont ceux de l'inflammation utérine, je ne le conteste pas ; mais il est convenu que nous ne pourrons faire disparaître la métrite interne qu'en employant la méthode substitutive, c'est-à-dire en remplaçant l'inflammation chronique et rebelle que nous avons à combattre par une inflammation plus aiguë et plus franche qui guérira d'elle-même. Seulement, cette inflammation est moins dangereuse que celle que provoquait Récamier, en raclant la cavité utérine avec sa curette. Nous savons mieux jusqu'où elle peut s'étendre et quand elle s'apaisera; c'est ce qui nous a déterminé à lui donner la préférence. L'expérience nous a montré qu'elle ne dépasse jamais certaines limites, qu'elle ne constitue pas un danger, et je puis dire, après avoir usé fréquemment de cette méthode, depuis plusieurs années, que jamais elle n'a été suivie d'aucun accident sous mes yeux. Je comprends pourtant qu'il en puisse être autrement et que si, dans le cours de cette inflammation provoquée dans un but thérapeutique, il intervient l'action d'une autre cause morbide quelconque, s'il y a une imprudence de commise, si la malade se fatigue, les limites soient dépassées et que l'on puisse voir la phlegmasie s'étendre, non seulement au parenchyme utérin, mais aux organes voisins et en particulier au péritoine. C'est la crainte de ces accidents qui me fait insister sur la nécessité du repos aussitôt après l'opération et conseiller de ne pas la pratiquer ailleurs qu'au domicile de la malade ou à l'hôpital.

Ces injections doivent être renouvelées plusieurs fois, à huit ou dix jours d'intervalle, et il faut s'abstenir de les pratiquer pendant les quelques jours qui précèdent, aussi bien que pendant ceux qui suivent l'époque menstruelle.

J'ai déjà dit que j'emploie le plus habituellement la solution de perchlorure de fer à 30° ; son action est plus énergique que celle de la teinture d'iode, et son application est moins douloureuse que celle de la solution concentrée d'azotate d'argent, qui offre encore cet inconvénient de précipiter les chlorures contenus dans les mucosités utérines ou dans le sérum du sang, en formant un magma, dont l'expulsion provoque des contractions utérines analogues à celles qui ont lieu dans le cours de la dysménorrhée membraneuse. C'est là un inconvénient grave qui a été remarqué également dans les cas où l'on a voulu se servir du tannin, comme aussi dans ceux où on a injecté des substances pulvérulentes dans l'intérieur de la cavité utérine.

Il est bien certain que nombre d'autres agents médicamenteux peuvent être portés dans l'intérieur de cette cavité, et M. le D[r] Camuset a inventé un très ingénieux appareil (fig. 98), dont je me suis servi pour y faire pénétrer des pommades de diverses natures. Mais, quoique ces pommades, en raison de la rapidité avec laquelle elles fondent et s'écoulent au dehors, n'aient pas les mêmes inconvénients que les substances pulvérulentes, l'expérience m'a montré qu'elles ne constituent pas une méthode thérapeutique bien avantageuse, et que les seuls agents qu'il y ait intérêt à mettre en contact direct avec la muqueuse utérine sont réelle-

ment les caustiques ou les cathérétiques à l'exclusion de tous autres.

Dans certains cas, ces agents, employés toujours sous forme liquide, peuvent être portés dans l'intérieur de cette cavité autrement qu'au moyen de l'injection; c'est lorsque les orifices utérins sont assez dilatés pour permettre l'introduction d'un pinceau imbibé du liquide dont on veut faire usage. On comprend qu'un pinceau, ainsi introduit dans la cavité utérine, à l'intérieur de laquelle il exprimera le liquide dont il est imprégné, pourra produire un effet absolument identique à celui que déterminerait une injection ou un lavage opéré avec ce même liquide. Pour certains esprits timorés, ce procédé aurait l'avantage de ne pas exposer à la pénétration du liquide dans le péritoine, à travers les orifices des trompes. Le procédé est excellent, et je l'emploie toujours lorsqu'il m'est possible d'y avoir recours, réservant l'injection pour les cas, infiniment plus nombreux, dans lesquels les orifices sont assez étroits pour ne pas permettre l'introduction du pinceau jusque dans l'intérieur de la matrice.

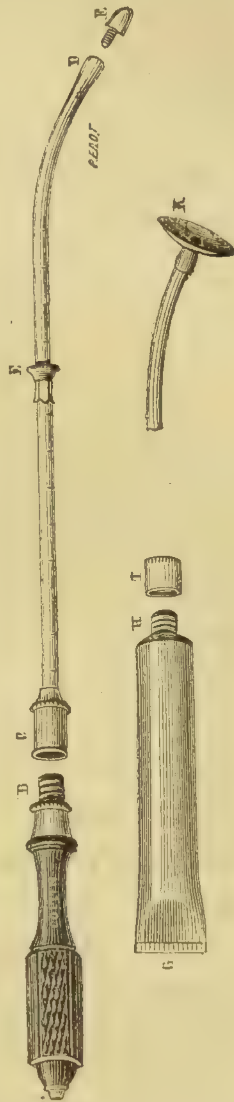


Fig. 98. — Instrument du Dr Camuset destiné à faire pénétrer des pommades dans la cavité utérine (*).

Pas plus avec le pinceau qu'avec la sonde, je n'ai

(*) AB, manche mobile de l'instrument pouvant être remplacé par le

encore osé recourir à des caustiques aussi énergiques que l'acide nitrique dont se sont servis le Dr Woodbury (de Washington), et M. le Dr James Braithwaite (de Leeds). Il ne peut, du reste, être employé que si les orifices ont déjà subi une certaine dilatation par le fait de la maladie; car il importe de protéger les parties

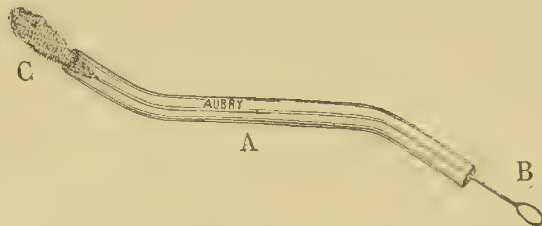


Fig. 99. — Instrument du Dr Woodbury (de Washington) pour la cautérisation de la cavité utérine à l'aide de l'acide nitrique (*).

saines contre l'action du liquide extrêmement caustique, qui doit être mis en contact avec les parties malades, et nos confrères d'Amérique paraissent y avoir très bien réussi en se servant d'un petit tube conducteur en verre (fig. 99), sorte de sonde intra-utérine, qu'ils introduisent d'abord, et dans laquelle ils font glisser un petit bourdonnet d'ouate, imbibé d'acide azotique. M. Le Blond, qui s'est servi de ce petit appareil et de cet agent caustique, chez une malade atteinte de métrite interne, dit en avoir retiré de très bons effets. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, il considère

récipient GH. — CD, tige creuse, graduée, ayant la courbure de l'hystéromètre de Huguier. — E, curseur servant à limiter d'avance la profondeur à laquelle on veut introduire l'instrument dans la cavité utérine. — F, bouton mobile fermant l'instrument et qu'on enlève pour pratiquer l'injection. — GH, récipient contenant la matière médicamenteuse. — I, bouchon du récipient. — K, cupule qu'on fixe au bout de la sonde quand on veut agir seulement sur le museau de tanche.

(*) A, tube conducteur à double courbure. — BC, tige métallique recouverte de gutta-percha à l'extrémité de laquelle est fixé en C un bourdonnet de coton imbibé d'acide azotique.

la cautérisation avec l'acide nitrique comme moins douloureuse que celle qui est pratiquée avec tout autre agent, et plus particulièrement avec la solution concentrée de nitrate d'argent (1). S'il en est ainsi, c'est un moyen dont on pourra user, non pas dans les cas d'ulcération de la muqueuse utérine, mais plutôt dans ceux où l'on se trouvera en présence de granulations ou de fongosités véritables.

Mais, comme, d'une part, il faut que les orifices présentent une certaine dilatation pour permettre l'introduction du tube de verre à l'intérieur duquel on fait glisser le bourdonnet de coton, chargé d'acide azotique, comme, d'autre part, il faut une dilatation plus grande encore pour permettre de reconnaître, au moyen du toucher intra-utérin, la présence de ces végétations et de ces fongosités, c'est le cas de se demander si, au préalable, on ne doit pas intervenir en vue d'obtenir cette dilatation ; et si, une fois qu'elle a donné des renseignements suffisants, on n'est pas autorisé à agir autrement qu'avec les simples caustiques, pour débarrasser la cavité utérine de ces altérations pathologiques, qui sont le produit de la métrite interne. Cette question s'impose avec d'autant plus d'autorité à nos méditations que nous devons reconnaître notre impuissance absolue de nous rendre maîtres de ces lésions à l'aide des seuls moyens dont il a été question jusqu'ici. Rappelons-nous, en effet, que des états anatomiques qui constituent la métrite interne, la rougeur, l'hypervascularisation, ont été combattus et facilement modifiés par des moyens fort simples tirés de la médication

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, t. IV, p. 392.

antiphlogistique; que des altérations plus profondes, comme les ulcérations de la muqueuse, son épaississement et au besoin quelques petites granulations, ont pu disparaître sous l'influence de la médication substitutive, à l'aide des caustiques légers ou des cathérétiques, que la seringue ou le pinceau nous ont permis d'introduire dans cette cavité ; mais que ces caustiques légers ne peuvent suffire à détruire des altérations plus graves, plus tenaces, plus anciennes, comme les végétations, comme les fongosités étendues sur une certaine surface; et que ces dernières — dans la cavité utérine comme sur tous les autres points de l'économie — ne peuvent disparaître qu'à la condition d'être détruites ou enlevées, soit par une cautérisation très énergique, soit mieux encore par une opération chirurgicale, ligature ou excision.

Pour pratiquer cette opération chirurgicale, quelle qu'elle soit, il faut pouvoir atteindre les produits morbides, et, comme ils sont situés à l'intérieur de la cavité utérine, on ne peut parvenir jusqu'à eux qu'en forçant en quelque sorte les orifices de cette cavité. Cette ouverture des orifices utérins s'obtient assez facilement par la dilatation de certains corps qui se gonflent sous l'influence de l'humidité, de façon à acquérir un volume de beaucoup supérieur à celui qu'ils avaient primitivement, comme les tentes-éponges, préconisées par M. Marion Sims, et les tiges de laminaria digitata (1).

Lorsqu'on est ainsi parvenu à suffisamment ouvrir les orifices utérins pour pouvoir introduire le doigt jusque

(1) Voyez p. 320.

dans l'intérieur de la matrice, on constate la présence, à l'aide de cette exploration, de végétations, de fongosités, de polypes mêmes dont on n'avait pu antérieurement que soupçonner l'existence, et on reconnaît la nécessité en même temps que l'on acquiert la possibilité de les attaquer directement, pour les détruire ou pour les extraire. Les moyens chirurgicaux auxquels on peut songer à avoir recours pour cette destruction sont très limités ; la cautérisation, même avec les caustiques très énergiques, est difficile à opérer, car on ne peut être sûr ni de détruire la totalité du produit morbide ni de ne pas atteindre les tissus voisins ; la ligature, applicable dans les cas de polypes bien pédiculisés, ne l'est plus lorsque la tumeur est sessile, lorsqu'il s'agit d'une végétation en forme de framboise ou de chou-fleur ; et c'est peut-être le cas le plus fréquent ; enfin, lorsque les polypes, même bien pédiculés, sont d'un petit volume et très friables, on ne peut songer à les lier ; il faut donc en pratiquer l'excision ou l'arrachement. — Or, dans tous ces cas, nul instrument ne convient mieux que la curette de Récamier, qui agit à la fois et par excision et par arrachement. On peut l'employer alors, parce qu'on n'agit plus au hasard, comme le faisait son inventeur, car le doigt, introduit dans la cavité utérine, la guide, dirige et surveille tous ses mouvements et l'empêche de porter son action vulnérante au delà des limites de l'altération morbide qu'elle doit atteindre. — Cet instrument, en raison de son petit volume et de sa forme qui permet de le glisser sur le doigt, est le seul qui puisse remplir cet office, et dans les conditions que je viens d'indiquer, il me paraît être appelé à rendre de véritables services.

Dans un fait que j'ai communiqué au congrès du Havre, l'abrasion des fongosités intra-utérines a pu être pratiquée par M. Richet sans dilatation préalable des orifices du col. Ce fait, que je veux vous rapporter avec détails, est surtout digne d'intérêt en ce qu'il montre combien nous avons lutté longtemps et infructueusement avant d'en arriver à pratiquer le raclage de la cavité utérine qui n'a pu être évité et qui a en définitive amené une guérison aussi rapide que radicale.

J'avais été consulté, il y a deux ou trois ans pour la première fois, par une dame de 63 ans, mère de trois enfants, qui n'était plus réglée depuis l'âge de 52 ans, et dont les fonctions génitales n'avaient jamais été troublées de quelque façon que ce soit. Elle était d'une excellente constitution, n'avait jamais été malade et ne se plaignait que d'une métrorrhagie presque continuelle, mais non pas très abondante, qui lui était survenue depuis seize ou dix-huit mois, sans s'accompagner d'aucun autre trouble morbide. Parfois le sang venait avec l'abondance d'une ancienne époque menstruelle, d'autres fois il n'y avait qu'un peu de mucus sanguinolent ; jamais il n'y a eu d'écoulement blanc ou muco-purulent sans qu'il fût mélangé de sang ; jamais surtout il n'y a eu l'odeur fétide caractéristique des écoulements cancéreux.

Je ne trouvai ni tumeurs, ni bosselures, ni ulcération d'aucune sorte ; seulement le col était entr'ouvert et la cavité utérine considérablement agrandie, car la sonde introduite dans cette cavité y pénétrait jusqu'à 12 centimètres, sans causer la moindre douleur, le corps de l'utérus étant dans sa direction normale et

donnant seulement une sensation de mollesse au toucher.

Le doigt introduit dans le col utérin n'y sentait aucune tumeur, pas même ces saillies dues aux petits kystes folliculaires de la cavité cervicale connus sous le nom d'*œufs de Naboth.*

L'état général était excellent. Les fonctions digestives s'accomplissaient parfaitement, sauf une constipation assez opiniâtre qui était, du reste, habituelle. Après avoir donné inutilement de l'ergotine et de la digitale, à l'intérieur; après avoir fait prendre des bains de siège et des irrigations vaginales d'eau froide, sans le moindre résultat, je m'étais décidé à pratiquer des injections intra-utérines de perchlorure de fer. Ces injections furent bien supportées ; elles ne donnèrent lieu à aucun accident et chacune d'elles fut suivie d'une amélioration passagère, de très courte durée. Pendant le cours d'une de ces interruptions de l'hémorrhagie, j'envoyai la malade prendre les eaux de Spa, pour combattre l'anémie qui en était résultée. Il survint, en effet, une modification favorable dans l'état général, mais les métrorrhagies ne tardèrent pas à se reproduire avec autant de persistance et de continuité qu'autrefois.

J'estimai alors qu'il y avait lieu d'agir plus énergiquement que je l'avais fait jusque-là sur la muqueuse de la cavité utérine, et je pensai que ce pourrait être le cas d'essayer des cautérisations d'acide azotique. Mais n'ayant pas d'expérience personnelle à cet égard, je voulus, avant d'agir, prendre l'avis de M. Richet. Il reconnut, comme moi, la nécessité de cautériser profondément la muqueuse utérine ; mais, à l'acide azotique, il me conseilla de préférer la pâte de Canquoin.

Conformément à cet avis, j'introduisis à deux reprises différentes dans la cavité utérine un cylindre de pâte de Canquoin ayant environ un demi-centimètre de diamètre et 6 centimètres de long. Il n'en résulta aucun accident. Pas de douleur abdominale, pas de mouvement fébrile; un peu d'écoulement noirâtre pendant une semaine et ce fut tout. Mais il n'y eut pas plus d'amélioration qu'après les injections de perchlorure de fer. Comme après les injections, la métrorrhagie céda pendant quelques jours pour revenir ensuite. Le seul résultat que nous obtînmes ainsi fut une diminution assez sensible dans les dimensions de la cavité utérine qui n'avait plus que 8 à 9 centimètres de profondeur, au lieu de 12.

Les choses étaient dans cet état, lorsqu'à un nouvel examen, M. Richet reconnut la présence d'une petite tumeur du volume d'un grain de groseille qui s'était engagée entre les lèvres du museau de tanche. L'apparition de cette petite tumeur, qui devait singulièrement éclairer notre diagnostic, était de date toute récente, M. Richet ni moi, nous ne l'avions vue dans nos explorations antérieures. Elle était molle et se laissa déchirer assez facilement pour que l'on pût, avec l'extrémité de l'ongle, en détacher un fragment qui fut soumis à l'examen microscopique.

Cet examen, fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, montra que la tumeur était essentiellement constituée par de grandes cellules embryonnaires et par des fibres de tissu cellulaire conjonctif, avec des vaisseaux sanguins abondants.

Il était donc certain que, malgré nos efforts pour le détruire, le produit morbide avait continué son cours d'évolution et que cependant ce produit n'était pas de

nature cancéreuse. Il fut décidé qu'on en ferait l'ablation, et, pour que cette ablation fût plus complète, qu'on emploierait l'instrument tranchant, les divers caustiques déjà essayés étant devenus insuffisants.

L'opération fut pratiquée le 28 juin, la malade étant endormie avec le chloroforme.

Un spéculum plein, en buis, assez volumineux, mais en même temps plus court que les spéculums ordinaires, est introduit, et permet de découvrir le col de la matrice qui est gros, remplissant presque complètement le calibre de l'instrument. Le col est fixé et maintenu avec une longue érigne, l'orifice du col est agrandi à l'aide de deux petites incisions latérales, afin de permettre une introduction plus facile des instruments.

M. Richet procède au curage de la cavité utérine. Il emploie pour cela des curettes de Marion Sims, à bords tranchants en dehors, qui coupent au lieu de déchirer comme le fait la curette de Récamier. Il introduit la curette jusqu'au fond de la cavité, et, en la ramenant, gratte en tous sens la surface des parois ; il en détache ainsi de petits lambeaux de tissu, grisâtres et mélangés avec du sang. — Ce grattage dure environ 20 minutes, et l'opérateur ne cesse cette manœuvre que lorsque l'instrument, après avoir détruit tout le tissu morbide, ne ramène plus que du sang.

La perte de sang ne fut pas considérable, elle peut être évaluée à 300 grammes environ.

La bouillie formée par le produit enlevé remplissait une soucoupe ordinaire (1). — Après avoir fait d'abon-

(1) Voir la description anatomique de ce produit, p. 483.

dantes irrigations d'eau froide, et bien abstergé le sang, M. Richet introduisit dans l'intérieur de la cavité utérine un cylindre de pâte de Canquoin semblable à ceux que j'avais déjà placés moi-même à deux reprises différentes, et le maintint à l'aide d'un tampon de ouate, placé au fond du vagin.

Les suites de cette opération furent des plus simples. — Il n'y eut ni ballonnement du ventre, ni vomissements, ni nausées ; à peine un peu de fièvre. — Le lendemain de l'opération, la température monta à 39°,8 et le pouls à 104; mais, dès le jour suivant, la température était descendue à 38° et le pouls à 84. — Il y eut, plus tard, quelques oscillations dans la température qui dépassa plusieurs fois 39° et atteignit même un jour 39° 9 ; mais jamais le pouls ne s'éleva au-dessus de 96, et dès le septième jour il descendait à 72 pulsations pour se maintenir à ce chiffre d'une façon constante. — Comme résultat définitif, nous obtînmes l'oblitération complète des orifices du col qui a été constatée un mois après l'opération, l'utérus étant devenu petit, léger, mobile, et les hémorrhagies ayant complètement disparu.

Je ne sais si la cavité du corps même de l'utérus est oblitérée complètement, comme paraît l'être celle du col ; mais, dans l'espèce, cela importe peu, puisque nous avons affaire à une femme âgée de 60 ans, dont la vie sexuelle est terminée. S'il s'agissait d'une jeune femme, la question serait plus délicate, car une oblitération pareille des orifices utérins apporterait un obstacle non seulement à la fécondation, mais aussi à l'issue du sang menstruel et des autres liquides sécrétés par la muqueuse utérine, et il en pourrait résulter

de sérieux accidents de rétention qu'il faudrait ensuite combattre. C'est pourquoi, en cas pareil, il y aurait peut-être des réserves à faire relativement à l'emploi du caustique qui a si avantageusement ici complété l'opération, et qu'il n'aurait probablement pas fallu appliquer de la même façon s'il s'était agi d'une femme plus jeune.

Des considérations et des faits que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer, Messieurs, il résulte donc que le traitement de la métrite interne est variable suivant la période et la gravité de la maladie, suivant surtout la nature des altérations anatomiques dont la muqueuse enflammée est le siège. Permettez-moi de chercher à en fixer plus profondément les indications principales dans vos souvenirs, en les résumant en trois propositions qui seront la conclusion des développements dans lesquels je suis entré.

I. Tant qu'il n'existe que de la rougeur, de la congestion, de l'hyper-vascularisation, le traitement antiphlogistique suffit, et comme il y a toujours une grande faiblesse produite par les métrorrhagies, il faut être très sobre d'émissions sanguines. — Le repos et l'application de l'eau froide, principalement en bains de siège, à courant continu, avec irrigations vaginales prolongées, sont les meilleurs moyens de traitement. — Il faut y ajouter l'emploi de la digitale.

II. Si la muqueuse est épaissie et ulcérée, si elle commence à se couvrir de végétations et de fongosités, il faut, de toute nécessité, modifier sa vitalité par la cautérisation ; et, comme les caustiques liquides seuls peuvent étendre leur action sur toute la surface de cette muqueuse, dont les altérations siègent le plus

souvent au niveau des angles les plus reculés, à l'ouverture des orifices des trompes, il est indispensable de porter ces caustiques jusque dans la cavité utérine, soit au moyen d'un pinceau, soit, mieux encore, au moyen d'une injection, pratiquée avec toutes les précautions que je viens de vous indiquer.

III. S'il y a des végétations, pédiculées ou sessibles, dans l'intérieur de la cavité utérine, il faut d'abord, pour s'assurer de leur présence, dilater les orifices utérins au moyen de tentes d'éponge préparée ou de laminaria digitata, puis, explorer par le toucher, cette cavité ainsi rendue accessible, et enfin extraire les végétations polyformes ou autres que l'on rencontre alors.

La manœuvre de pinces, de ciseaux ou de tout autre instrument étant à peu près impossible dans ces conditions, il faut alors avoir recours à la curette de Récamier, qui, malgré ses nombreux inconvénients et ses dangers, peut, si elle est maniée avec précaution, être véritablement utile dans les cas relativement rares que je viens de déterminer.

XIII

MÉTRITE CHRONIQUE

LÉSIONS ANATOMIQUES.

Fréquence et chronicité de la maladie. — Ce qu'il faut entendre par hypertrophie, engorgement et induration de l'utérus. — Du rôle de chacun de ces trois états anatomiques dans la métrite chronique. — Modifications de forme de l'utérus, dues à l'inflammation chronique. — Épaississement des parois. — Dilatation des cavités. — Déformation du museau de tanche. — *Lésions du parenchyme.* — 1° Tuméfaction, vascularisation, hyperémie. — 2° Induration, anémie. — Exubérance du tissu conjonctif. — Sclérose de l'utérus. — *Lésions de la muqueuse.* — Ulcérations folliculeuses et papillaires. — Kystes utéro-folliculaires. — Polypes muqueux.

Messieurs,

Les exemples de métrite chronique qui passent sous vos yeux sont nombreux : nous avons constamment dans nos salles des malades atteintes de cette affection, et vous en voyez un plus grand nombre suivre régulièrement nos consultations. De ces dernières, certaines séjournent, de temps en temps, quelques semaines à l'hôpital ; puis rentrent dans leur ménage et y continuent, plus ou moins assidûment, le traitement que je leur ai indiqué, sauf à revenir nous demander un

lit lorsque leur état s'aggrave ou qu'elles se trouvent à bout de ressources ; les autres se sont toujours soignées chez elles ; mais toutes reviennent souvent, et pendant un temps fort long, recourir à nos soins, car leur maladie est de sa nature essentiellement rebelle et persistante.

J'attirerai plus spécialement votre attention, quand le moment sera venu, sur quelques-unes de ces malades dont l'affection me servira de type pour les descriptions qui vont suivre, et je pourrai presque prendre ces exemples au hasard, car, sauf quelques rares points de détail que je vous signalerai à l'occasion, l'histoire pathologique de toutes ces femmes se ressemble fort ; aussi, vous suffira-t-il d'un rapide interrogatoire, en même temps que d'un examen des plus simples et des plus faciles, pour vous convaincre que toutes sont affectées d'une seule et même maladie. La chronicité de cette affection est d'une évidence qui ne peut laisser aucun doute dans vos esprits ; mais, en ce qui concerne sa nature, il est possible que vous soyez moins bien fixés, et vous vous demandez peut-être, non sans raison, pourquoi cette dénomination de *métrite chronique*, plutôt que celles d'*engorgement* ou d'*hypertrophie*, auxquelles vos oreilles ont pu être habituées ailleurs, et que vous ne m'entendez jamais prononcer, lorsque je formule le diagnostic d'une affection utérine.

C'est surtout sur la signification du mot *métrite* que porte la discussion. Je me suis déjà prononcé sur la valeur de cette expression, lorsque je vous ai parlé de l'inflammation aiguë de l'utérus. Vous vous rappelez que, sans vouloir en aucune façon rayer la *fluxion* et la *congestion* du glossaire de la pathologie générale, je vous ai montré qu'en pathologie utérine, ces deux

expressions ne peuvent s'appliquer qu'à des degrés de l'inflammation, à ses premières phases; à moins qu'elles ne représentent des états morbides développés sous l'influence de maladies générales ou dont l'action se ferait sentir simultanément sur d'autres organes, en même temps que sur l'utérus, comme cela a lieu pour les altérations du sang, les maladies du cœur, les oblitérations vasculaires, etc. Il en est de même de l'*hypertrophie,* de l'*engorgement* et de l'*induration,* qui, jouant vis-à-vis de la métrite chronique le même rôle que la fluxion et la congestion vis-à-vis de la métrite aiguë, ne sont, à vrai dire, autre chose que les dernières phases d'un même état pathologique, — de ce que, dans le langage actuellement à la mode, on appelle un même processus morbide, — dont la fluxion et la congestion constituent les premières manifestations. Je suis donc parfaitement d'accord avec les auteurs qui revendiquent pour chacun de ces divers états pathologiques, le droit de figurer dans une description nosologique; mais avec cette restriction, qu'ils y figureront, non pas comme autant d'entités morbides distinctes, mais comme de simples modifications, comme des degrés divers d'un même état morbide : l'inflammation.

Et encore, de ce qui se rapporte au travail imflammatoire, faudra-t-il distraire l'hypertrophie, car, si je ne me trompe, l'hypertrophie d'un organe est un accroissement de son volume et de son poids, sans altération de sa texture intime, c'est-à-dire une augmentation survenue dans des conditions telles que chacun des éléments constituants de l'organe se soit accru dans la même proportion.

Je me fais une idée très nette de cet état, lorsque,

par exemple, j'examine le tissu propre du cœur qui, par suite des divers obstacles apportés au cours du sang, dans les cas de rétrécissement de ses orifices ou d'insuffisance de ses valvules, et sous l'influence de l'excès de ce travail qui en est la conséquence, acquiert un développement hypertrophique provenant d'une exagération de nutrition. Je me l'explique aussi dans les glandes, lorsque survient une augmentation de l'activité fonctionnelle de ces organes. Les choses se passent encore là comme pour le tissu cardiaque et d'après les mêmes lois physiologiques.

Quant à ce qui concerne l'utérus, je n'y vois l'hypertrophie vraie que dans l'accroissement de volume qu'il subit pendant la grossesse, ou dans celui qui se produit lorsque des tumeurs fibreuses, proéminentes à l'intérieur de sa cavité, ou tout autre produit morbide affectant le même siège, sollicitent dans ses parois des contractions qui déterminent l'accroissement de l'organe et plus particulièrement de ses fibres musculaires. Je la trouve encore dans cet allongement si remarquable de la portion sus-vaginale du col, que M. Huguier nous a appris à distinguer du prolapsus avec lequel il a été pendant longtemps confondu, et dont je vous entretiendrai dans une prochaine Leçon. Mais, dans les faits qui nous occupent aujourd'hui, il ne se passe rien de semblable. Il n'y a eu chez aucune des malades que je vous ai signalées comme atteintes de métrite chronique, et à aucune période de leur affection, rien qui pût solliciter une suractivité fonctionnelle de la contractilité musculaire; rien, par conséquent, qui pût déterminer une hypertrophie réelle du tissu utérin. Si, donc, nous trouvons chez elles l'uté-

rus plus volumineux qu'à l'état normal, nous en devons conclure que cette augmentation de volume est le résultat de l'addition de matériaux nouveaux, produits par un travail morbibe différent de celui qui détermine l'hypertrophie. Conclusion qui est, du reste, conforme aux données fournies par l'anatomie pathologique.

Tout au plus pourrait-on admettre qu'il y a hypertrophie véritable dans les cas, assez communs, de métrite chronique, ayant eu pour point de départ des accidents consécutifs à l'accouchement; car, alors, il serait facile d'objecter que l'utérus, ayant été réellement hypertrophié pendant la grossesse, s'est trouvé arrêté pendant le travail d'involution qu'il opérait pour reprendre ses dimensions primitives, et qu'alors il a dû conserver la structure qu'il avait à ce moment, et demeurer hypertrophié. Mais, l'expérience montre que les choses ne se passent pas ainsi. Le travail morbide qui se fait sous l'influence de l'inflammation donne au mouvement qui s'opérait dans le tissu utérin une impulsion différente de celle qu'il aurait suivie à l'état normal; et, sous cette impulsion, le tissu musculaire continue à se résorber, tout en étant remplacé par du tissu connectif qui maintient l'organe dans ses dimensions acquises.

Si l'hypertrophie est tellement distincte de l'inflammation, que nous ne puissions pas les confondre l'une avec l'autre, il n'en est pas de même de l'*induration*, et l'on m'accordera, sans peine, qu'entre l'induration du tissu utérin et la métrite chronique, il n'y a aucune distinction possible à établir; car l'induration est une conséquence directe de l'inflammation, c'est une de ses terminaisons, c'est une des formes qu'elle revêt lorsqu'elle passe à l'état chronique.

Reste donc l'*engorgement* qui, se rencontrant au moins aussi souvent que l'induration, dans les faits rangés par nous sous la dénomination de *métrite chronique*, doit, nous dit-on, en être séparé, car il constituerait un état anatomique différent de l'inflammation, dont il se distinguerait, en outre, par une symptomatologie qui lui serait propre.

Les partisans de cette manière de voir ont prétendu abriter leur doctrine derrière l'imposante autorité de M. Ch. Robin, espérant ainsi triompher de toutes les dissidences. Mais il me semble que le savant professeur d'histologie est loin de leur donner aussi complètement raison qu'ils pourraient le désirer, et pour en administrer la preuve, il suffit de se reporter aux définitions contenues dans le *Dictionnaire de médecine* de Littré et Robin (1).

Un fait capital de l'histoire de la métrite chronique c'est l'augmentation de volume de l'utérus, que vous retrouverez inévitablement, quoique à des degrés divers, chez toutes les femmes affectées de cette maladie. Cette augmentation de volume est toujours générale, c'est-à-dire que chacune des parties constituantes de l'organe utérin y participe dans une certaine mesure ; mais elle n'est pas aussi forcément uniforme que dans la métrite simple parenchymateuse aiguë (2), et, suivant les cas, on trouve des parties de la matrice qui sont proportionnellement plus tuméfiées que les autres.

Les portions les plus susceptibles d'augmenter de volume sont le col et le fond de la matrice. D'après

(1) Littré et Robin, 14e édition, Paris, 1878. Voir les mots : ENGORGEMENT, INFLAMMATION, INFILTRATION.

(2) Voyez p. 423.

Aran, le fond de l'utérus peut se développer isolément, de dehors en dedans, en prenant une forme convexe et saillante vers la cavité de l'organe dont elle tend à diminuer ainsi la capacité. C'est à ce mode d'épaississement des parois qu'on a donné le nom d'hypertrophie concentrique, et on a expliqué le développement centripète du parenchyme par l'obstacle qu'apportent à son développement centrifuge le péritoine et la couche fibreuse qui tapisse la surface extérieure de l'organe.

Mais il est infiniment plus fréquent de voir l'accroissement du fond et des parois se faire simultanément de dedans en dehors. Alors la cavité utérine se dilate, elle prend une forme globuleuse, par suite de l'arrondissement des angles, situés au niveau des orifices internes des trompes; c'est ce qui constitue l'hypertrophie excentrique de Rokitanski. Les parois antérieure et postérieure, qui sont généralement les plus épaisses, au lieu de faire dans la cavité utérine une saillie analogue à celle que Aran a décrite pour la paroi supérieure, s'éloignent, au contraire, en formant du côté de la surface interne une concavité qui contribue à augmenter d'autant les dimensions de la cavité utérine. Cette sorte de dilatation globuleuse de l'utérus enflammé s'observe non seulement chez les femmes qui ont eu déjà des enfants, mais même chez les nullipares et chez les vierges. L'orifice interne qui limite inférieurement la cavité utérine et la sépare de celle du col, se dilate également lorsque l'inflammation affecte en même temps les deux segments de la matrice, et établit une communication plus large et plus facile qu'à l'état normal entre les deux cavités, qui sont, elles-mêmes, toutes les deux distendues.

Lisfranc ainsi que M[me] Boivin et Dugès, puis, à leur exemple, Duparcque, ont professé que l'augmentation de volume du tissu utérin peut être partielle et ne porter que sur une paroi de la matrice. Mais il y a lieu de penser que ces praticiens ont pris pour des engorgements ou des inflammations partiels, soit de la paroi antérieure, soit de la paroi postérieure, des flexions utérines, comme l'a fait remarquer Velpeau, ou plutôt encore de simples phlegmons péri-utérins; car, depuis que ces phlegmons sont parfaitement connus, on ne retrouve plus les phlegmasies partielles des parois utérines, qui étaient autrefois si fréquemment signalées.

Je dois dire pourtant que, dans les cas de déviation coïncidant avec une phlegmasie utérine, aiguë ou chronique, il peut se produire des engorgements partiels dans les parois les plus déclives : la gêne de la circulation sanguine produite par la déclivité y déterminant une hyperémie passive dont les effets viennent s'ajouter à ceux des phénomènes inflammatoires. C'est ainsi que, dans l'antéversion, l'accroissement de volume de la paroi antérieure pourra être plus marqué que celui des autres portions. Réciproquement, si le travail phlegmasique atteint un utérus en rétroversion, c'est la paroi postérieure qui subira la tuméfaction la plus prononcée.

Les lésions que nous venons de signaler au niveau du corps se rencontrent également dans le tissu du col, mais l'aspect que présentent à l'observateur les déformations qui en résultent est différent; et vous apercevrez facilement, Messieurs, la raison de cette différence, en considérant que le col, dans sa portion sous-vaginale surtout, est privé des enveloppes péritonéale et cellulo-fibreuse, qui maintiennent la partie

supérieure de l'utérus, et opposent un obstacle à la pression excentrique du parenchyme en voie d'accroissement, par suite du travail hyperplasique dont l'inflammation est la cause première.

Sous l'influence de ce travail phlegmasique, le col devient plus volumineux dans sa partie saillante, il perd sa conicité pour prendre d'abord la forme cylindrique, puis, s'il se tuméfie davantage, il forme une sorte de cône renversé, sa partie saillante étant plus volumineuse que la portion adhérente. Cet état ne se rencontre que chez les femmes multipares. On voit alors les lèvres du col boursouflées, s'écarter, se renverser en dehors ; l'orifice externe s'ouvrir de manière à représenter un véritable *museau de tanche*.



Fig. 100. — Aspect du col de l'utérus dans la métrite chronique.

C'est ce qu'on a désigné dans ces derniers temps sous le nom *d'ectropion des lèvres du col*.

Il peut se faire alors qu'une des lèvres soit plus tuméfiée ou plus saillante que l'autre, et si, le col a été largement déchiré par des accouchements antérieurs, on peut voir les segments provenant de ces déchirures former des sortes de lobules plus saillants qui donnent au col un aspect tout à fait irrégulier et déformé (*fig. 100*).

Chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, l'hypertrophie de la portion vaginale du col a pour résultat de changer la forme de l'orifice externe. Celui-ci, au lieu d'être linéaire, transversal, devient circulaire, et il est

facile d'expliquer cette transformation par l'augmentation du diamètre antéro-postérieur de chacune des deux lèvres qui, dans l'épaississement des parois antérieure et postérieure de la cavité du col, subissent un développement excentrique, et s'écartent l'une de l'autre.

Nous avons vu, chez les multipares, le col revêtir la forme de cône à base inférieure, les lèvres s'écarter, sous l'influence de l'inflammation ; il peut arriver que le col se referme après avoir été ainsi entr'ouvert. Ses lèvres, à force de se tuméfier, proéminent, puis se rapprochent et, finalement, viennent adhérer l'une à l'autre.

Vous avez pu voir, il y a quelques jours, à notre consultation une femme âgée de 36 ans, ayant eu un enfant, et dont le col s'était refermé à ce point que son orifice ne pouvait admettre une sonde ordinaire et qu'il m'a fallu l'inciser pour pratiquer le cathétérisme. — Cette adhérence était probablement due à la cicatrisation d'anciennes ulcérations.

Il nous faut maintenant, Messieurs, rechercher à quelles lésions anatomiques correspondent les changements de volume et de forme dont je viens de vous entretenir. Pour bien les apprécier, nous étudierons successivement les lésions dans le parenchyme et sur la muqueuse.

Celles qu'on rencontre dans le parenchyme se présentent sous des formes diverses, qu'il est facile de relier entre elles, lorsqu'on les considère comme des phases successives de la même affection. — Elles sont complètement différentes suivant le moment auquel on les examine, et il convient, comme l'a fait de Scanzoni (1), de les étudier à deux époques distinctes de la maladie,

(1) W. de Scanzoni, *De la métrite chronique*. Trad. de l'allemand par Siceffermann. Paris, 1866, p. 37.

parce qu'alors elles se rencontrent plus souvent isolées et indépendamment l'une de l'autre.

La première période est caractérisée par une hyperémie plus ou moins étendue et par une infiltration de sang et de sérosité. Le tissu utérin est molasse, de sorte que le doigt s'y enfonce et y marque assez facilement son empreinte ; il y a en même temps un épaississement, une augmentation du volume des parois utérines qui sont peu résistantes et se laissent couper à la façon d'un muscle à l'état frais, sans faire entendre ce bruit particulier qui ne manque jamais à l'état normal, et qui rappelle celui de la section des parties fibreuses. — De cette coupe s'écoulent du sang et de la sérosité sanguinolente, que l'on fait sourdre par la pression. — Les veines et les artères, mais surtout les veines ont subi une dilatation remarquable; c'est ce qu'il est facile de constater sur la surface de section, où l'on voit leurs orifices larges et béants. Le tissu utérin présente à la coupe une coloration d'un rouge livide, ses fibres musculaires sont graisseuses. On rencontre par l'examen microscopique les granulations amorphes décrites par M. Ch. Robin, mais il n'y a pas encore de tissu fibro-plastique.

Dans la deuxième période, le phénomène qui frappe le plus, c'est la dureté pour ainsi dire ligneuse du tissu utérin, succédant à la mollesse, à la flaccidité qui caractérisent la première; le tissu ne garde plus l'empreinte du doigt, et quand on le coupe, il crie sous le scalpel. Il est induré.

Nous avons vu que l'hyperémie caractérise le premier degré, nous allons voir que l'anémie est le propre du second. A l'œil nu, les parties indurées de

l'organe sont d'une couleur pâle, jaunâtre, et si l'on examine les lésions du système vasculaire, on voit que les changements survenus dans ce système consistent dans un rétrécissement du calibre des artères et des veines, au niveau des parties jaunes indurées.

En outre, et c'est là le point d'anatomie pathologique le plus important à noter, comme caractérisant cette époque de la maladie, on observe des produits de nouvelle formation ; ce sont des éléments fibro-plastiques et du tissu cellulaire dont l'exubérance est telle qu'on l'a qualifiée de *prolifération luxuriante.*

C'est là ce qui amène l'augmentation la plus notable du volume de l'utérus, *pseudo-hypertrophie* dont je vous parlais au commencement de cette Leçon, mais qui n'est pas de l'hypertrophie véritable; car si on peut constater avec certitude l'exubérance du tissu cellulaire de nouvelle formation, par contre le calibre des vaisseaux a diminué, ce qui n'arrive pas dans l'hypertrophie active telle qu'on l'observe au moment de la gestation. Quant au tissu musculaire, personne n'a pu affirmer qu'il ait augmenté de volume. Il est même très remarquable que le microscope n'ait pu trancher la question et voici ce qu'en dit M. de Sinéty dont la compétence est si grande en ces matières :

« Les parois de l'utérus étaient très épaissies, dures, résistantes, d'un aspect blanchâtre, enfin possédaient tous les signes qui caractérisent, à l'œil nu, l'utérus atteint de métrite chronique, dite parenchymateuse, à la deuxième période ou période d'induration. Sur ces coupes colorées, soit au picro-carminate, soit à la purpurine, nous voyons deux caractères tout à fait frappants :

« 1° Un très grand nombre de cavités tapissées d'un endothélium. Ces cavités, qui atteignent en certains points des dimensions considérables (1), communiquent les unes avec les autres par des espaces rétrécis, qu'on pouvait reconnaître, en quelques endroits, comme une traînée rouge, due à la coloration des noyaux des éléments endothéliaux qui tapissent également ces espaces rétrécis ou fentes lymphatiques.

« 2° Le second caractère consiste en une hyperplasie du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux; hyperplasie qui diminue leur calibre au point de les oblitérer presque, en quelques endroits.

« Ce tissu conjonctif est un véritable tissu fibreux, pauvre en éléments cellulaires. En outre, on voit sur les préparations à la purpurine, que les faisceaux de muscles lisses sont très bien conservés et tranchent, par leur coloration rose, sur le fond presque incolore formé par le tissu conjonctif.

« *Y a-t-il diminution du nombre des faisceaux musculaires? c'est ce qu'il est bien difficile de dire et c'est ce qu'il m'a été impossible d'affirmer en comparant ces préparations à celles provenant d'un organe sain. En tout cas, les faisceaux musculaires n'en existent pas moins en quantité notable, et les fibres qui les composent ne paraissent nullement altérées, ni dans leur structure, ni dans leurs dimensions.*

« En résumant les résultats de notre examen histo-

(1) Ces cavités ne sont autre chose que les espaces lymphatiques décrits par Léopold, considérablement dilatés. Voy. Léopold, *Arch. f. gyn.*, t. VI, 1874, p. 1.

logique, nous dirons que, dans ce cas, les altérations consistaient :

« 1° En une dilatation considérable des espaces lymphatiques normaux;

« 2° En une hyperplasie localisée au tissu conjonctif péri-vasculaire.

« Cette lésion est fort différente de l'épaississement avec athérome, que l'on observe si fréquemment dans les vaisseaux sanguins de l'utérus des femmes qui ont succombé à un âge avancé.

« Ici, ce n'est pas une lésion des parois vasculaires, mais bien, du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux » (1).

De ce que je viens de vous dire, Messieurs, il résulte bien clairement pour vous que le parenchyme utérin peut être le siège de deux altérations morbides différentes, opposées même, puisque dans l'une il y a congestion, vascularisation, et que, dans l'autre, l'augmentation de volume, due à la présence de produits anatomiques nouveaux, coïncide avec l'atrophie des vaisseaux sanguins. Mais vous ne voyez pas encore le lien qui réunit ces deux états pathologiques, si dissemblables, et vous seriez plutôt tentés d'en faire deux maladies différentes que de les considérer comme deux phases successives de la même affection, s'il n'était pas possible de vous faire, en quelque sorte, assister aux transformations par lesquelles passe le tissu utérin pour arriver de l'un de ces états à l'autre. Sachez donc que l'observation anatomique a permis de retrouver assez souvent l'utérus dans une sorte

(1) De Sinéty, *Anatomie pathologique de la métrite chronique* (*Annales de Gynécologie*, août 1878, t. X, p. 129.)

d'état intermédiaire, où il présentait réunies les altérations qui caractérisent chacun des deux degrés de l'inflammation chronique; de façon à montrer que, malgré leur apparente opposition, ce sont bien là des degrés divers du même travail morbide. On voit, en effet, le plus souvent, sur un utérus généralement rouge, livide et mollasse, abreuvé de fluides, se former des plaques jaunes d'induration, au niveau desquelles le calibre des vaisseaux diminue et où l'infiltration séreuse est remplacée par la dégénérescence graisseuse du tissu utérin. D'autres fois, au contraire, ce sont des taches livides qui se rencontrent encore sur un utérus généralement induré et dont la coloration est devenue jaunâtre; mais ce dernier fait s'observe moins fréquemment que le précédent.

L'augmentation de volume est la règle, mais parfois, surtout chez les femmes âgées, on voit des utérus ayant subi toutes les modifications organiques que je viens de vous décrire et qui sont considérablement atrophiés. Pour moi, il n'est pas douteux, surtout en tenant compte des lésions constatées à l'intérieur de la cavité de ces utérus ainsi racornis, que cette atrophie soit le résultat ou la conséquence de la phlegmasie chronique, et voici comment je m'explique le mécanisme de sa production :

Sous l'influence du travail phlegmasique, qui a amené l'augmentation de volume de l'organe, les fibres musculaires ont disparu; le tissu propre de l'utérus s'est résorbé. Comment s'est faite cette résorption? est-elle antérieure à la production du tissu cellulaire, et ce dernier n'a-t-il fait autre chose que de venir combler les vides laissés par le tissu propre au moment où il disparaissait? ou bien, le tissu muscu-

laire n'a-t-il disparu que parce qu'il a été étouffé par cette *prolifération luxuriante* du tissu cellulaire, constituant une des phases du travail morbide qui nous occupe? Ces deux hypothèses sont également admissibles, et je crois, en ce qui me concerne, que l'on n'a pas assez tenu compte de la première, pour faire une part trop large à la seconde. Quoi qu'il en soit, le fait de la disparition du tissu musculaire, du tissu propre de l'organe est constant, comme conséquence du travail morbide dont il s'agit, et il est tout naturel de penser que, à un certain moment, le tissu cellulaire lui-même peut se résorber, surtout après l'oblitération des vaisseaux, et que cette résorption fera succéder, pour les dernières phases de la maladie, une atrophie véritable à l'hypertrophie apparente qui a marqué le début.

L'état anatomique qui se produit alors pourrait donc être dénommé la *sclérose* de l'utérus. Si vous voulez bien suivre, Messieurs, la filiation des phénomènes anatomo-pathologiques, qui se sont succédés pour conduire de la simple congestion à cet état atrophique, en passant par les diverses périodes que je vous ai indiquées, vous verrez que, sous ce point de vue, l'utérus ne diffère en rien des autres organes de l'économie; et que les altérations qu'il subit sont tout à fait comparables à celles qui se passent dans le foie pour arriver à la cirrhose; dans le rein pour conduire à l'atrophie qui est le dernier terme de la maladie de Bright; dans la substance nerveuse pour se terminer par la sclérose. C'est une là une lésion unique, toujours la même, procédant de la même façon et suivant la même marche,

quel que soit le tissu dans lequel elle se développe.

La succession des altérations pathologiques dont je viens de vous parler, et dans l'ordre que je vous ai indiqué, se démontre autant et plus encore par l'étude des symptômes que par les simples recherches anatomo-pathologiques, et j'aurai soin de vous faire saisir sur le vivant la concordance entre ces lésions et ces symptômes, ce qui a une importance capitale au point de vue du traitement.

Les altérations du parenchyme que je viens, Messieurs, de vous faire connaître, sont les lésions véritablement caractéristiques de la métrite chronique. On les rencontre souvent seules et dans des cas où la nature de la maladie ne saurait être contestée; mais le plus souvent elles s'accompagnent des altérations de la muqueuse dont il me reste à vous parler et qui, elles, ne se trouvent jamais à l'état isolé et ne peuvent être constatées que sur des utérus plus ou moins tuméfiés par l'inflammation. Je vous ai décrit les altérations de la muqueuse de la cavité du corps (1), de façon à ne plus avoir besoin d'y revenir, il me suffit de vous rappeler que ces lésions se rencontrent souvent dans le cours de la métrite chronique, soit comme seule altération de la muqueuse, soit concurremment avec les lésions, dont il me reste à vous parler, de la muqueuse qui revêt la surface externe du museau de tanche et de celle qui tapisse la cavité du col utérin.

La facilité avec laquelle ces lésions peuvent être découvertes et mises à nu au moyen du spéculum a

(1) Voyez p. 465.

permis de les étudier sur le vivant, bien mieux qu'on aurait pu le faire sur le cadavre. Aussi toute cette partie de leur histoire appartient-elle au moins autant au chapitre de la symptomatologie, qu'à celui de l'anatomie pathologique.

Ces altérations consistent, au premier degré, en un simple changement de couleur. La muqueuse est rouge, mais ne présente pas ces arborisations qui se rencontrent à l'état aigu sur la muqueuse de la cavité du corps et même du col. Dans la métrite chronique, la coloration a une teinte rouge plus uniforme; souvent elle devient livide et violacée, surtout pendant la première période, celle qui correspond à l'état de vascularisation et de ramollissement du parenchyme. Sur le museau de tanche cette coloration violacée est, chez les femmes qui ont eu des enfants, sillonnée par des bandes blanchâtres qui s'irradient en rayonnant autour de l'orifice et sont dues aux cicatrices des déchirures produites pendant l'accouchement. Plus tard elle peut se décolorer et prendre un aspect blafard, pendant la seconde phase de la maladie, celle qui correspond à l'induration du parenchyme; mais, même alors, on voit souvent des taches rouges plus ou moins étendues, trancher par leur coloration sur cette teinte pâle de la muqueuse.

Dans tous les cas, cette muqueuse est plus épaisse et ses sécrétions sont plus abondantes qu'à l'état normal. Fort souvent elle présente des solutions de continuité qui, suivant leur étendue et leur importance, forment ce que l'on a décrit sous le nom de *granulations*, d'*érosions*, d'*exulcérations*, d'*ulcé-*

rations ou de *fongosités* du col de la matrice. Ces lésions offrent la plus grande analogie avec celles que nous avons vues se produire sur la muqueuse de la cavité du corps de l'utérus et que je vous ai décrites avec détails quand je vous ai fait l'histoire de la métrite interne. Elles procèdent de la même origine, se produisent par le même mécanisme et, comme elles, sont liées d'une façon assez étroite avec la phlegmasie utérine pour qu'il ne soit pas possible de les en distraire.

C'est pourquoi, il me paraît souverainement illogique de les considérer, à l'exemple de tant d'auteurs, comme des maladies spéciales et distinctes.

La description que je vais vous en donner, nous montre qu'elles procèdent du mode inflammatoire et qu'elles sont, bien et dûment, les lésions caractéristiques de l'inflammation, affectant la muqueuse utérine dans ses éléments les plus importants. D'un autre côté, l'étude clinique vous permettra de constater que, si la métrite chronique peut exister indépendamment de ces altérations de la muqueuse, comme nous en avons souvent des exemples dans nos salles, jamais ces altérations ne se rencontrent sur un utérus qui n'est pas enflammé. Enfin, vous remarquerez souvent, chez une même malade, que les ulcérations de la muqueuse utérine pourront se montrer ou disparaître, à diverses reprises, dans le cours d'une métrite chronique, sans que la marche ou la gravité de la maladie en soit sensiblement modifiée. C'est vous dire que, si elle sconstituent un symptôme intéressant à connaître, et souvent même un accident utile à traiter, elles n'ont pas l'importance capitale qui leur a été attribuée au commencement de ce siècle, pendant les années

qui ont suivi l'introduction du spéculum dans la pratique médicale.

Leur fréquence est cependant telle que Bennet (1) a rencontré le col ulcéré 237 fois sur 300 cas de maladies utérines ; et de Scanzoni 169 fois sur 216 observations (2). Je ne m'explique donc pas comment il a pu se faire que M. Courty (3) ait rencontré ces ulcérations dans une proportion beaucoup moindre, puisqu'il dit ne les avoir vues que 425 fois sur 1,563 malades. Il est certain qu'on les trouve fort souvent ; si souvent même que beaucoup d'auteurs en viennent à les regarder comme une lésion à peu près insignifiante. Aran (4) est du nombre, et il dit que, sur 10 femmes prises au hasard, on est toujours à peu près assuré d'en trouver au moins une, dont le museau de tanche sera ulcéré. Stewart, examinant des femmes Hindoues, a trouvé la proportion de 15 cas d'ulcération sur 50 sujets ; M. West (5) a trouvé 17 cas d'ulcération sur 65 cadavres qu'il a examinés. Mais, allant plus loin dans son analyse, il a recherché combien de ces sujets avaient eu une affection de l'utérus, et il a constaté que 29 étaient dans ce cas. Il en résulte donc que l'ulcération du col se rencontre chez plus de la moitié des femmes atteintes de maladies de l'utérus,

(1) Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*. Trad. par Aran. Paris, 1850. — Traduit par Peter, 1864.

(2) Scanzoni, *De la métrite chronique*. Trad. Sieffermann. Paris, 1864.

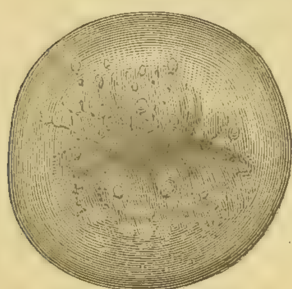
(3) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1866.

(4) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1858-60.

(5) West, *Leçons sur les maladies des femmes*. Trad. Mauriac, 1870.

dont le plus grand nombre s'accompagne, comme on sait, d'un degré plus ou moins avancé de métrite et que les chiffres de MM. Bennet et de Scanzoni, qui constatent cette proportion de plus de la moitié, sont plus conformes aux données les plus générales de l'observation, que ceux de Courty dans lesquels cette proportion dépasse à peine le quart.

De l'étude des ulcérations du col utérin on ne peut distraire celle des *granulations* que l'on rencontre souvent sur la portion de cet organe qui fait saillie dans la cavité vaginale. Ces petites granulations, à peine



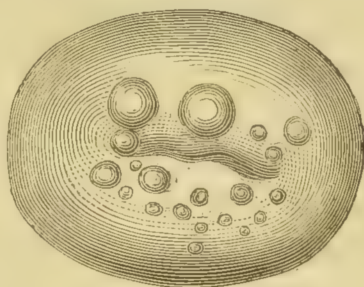


Fig. 101 et 102. — Follicules du col de l'utérus enflammés et tuméfiés, mais non encore ulcérés. (D'après Becquerel.)

saillantes au-dessus de la muqueuse, dont les plus grosses atteignent, au plus, les dimensions d'un grain de millet, dont les plus petites ont le volume d'un grain de sable fin (*fig.* 101 et 102), ont été décrites pour la première fois par Mme Boivin et Dugès (1) comme une affection spéciale et acceptées comme telles par Chomel (2), qui les compara aux granulations du pha-

(1) Mme Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1833, t. II, p. 343.
(2) Chomel, *Dict.* en 30 volumes. 1846.

rynx. Cette comparaison était plus exacte qu'on a pu le penser d'abord, car, de même que les granulations du pharynx, celles de l'utérus sont dues à l'hypertrophie de follicules mucipares enflammés; c'est ce qu'ont démontré les intéressantes recherches de M. Huguier (1), confirmées par Alph. Robert (2) et par tous les observateurs qui ont voulu prendre la peine d'étudier cette question.

L'inflammation de ces follicules s'explique par le fait même de l'hypersécrétion à laquelle les condamne la phlegmasie de la muqueuse. De cette hypersécrétion à la tuméfaction qui rend le follicule saillant et donne à la muqueuse l'aspect granulé, la transition est toute naturelle et s'explique aisément. A un degré de plus, le follicule s'enflamme lui-même, son orifice s'oblitère, sa cavité se dilate, le liquide qu'elle renferme la distend, se mêle de pus, et la petite granulation apparaît alors avec un aspect jaunâtre, qui la fait ressembler à une vésicule d'herpès ou à une pustule d'acné. Si on l'ouvre, avec une aiguille ou la pointe d'un bistouri, on voit sortir de sa cavité un peu de liquide muqueux ou muco-purulent, et l'on se trouve en présence d'une petite ulcération (*fig.* 103). Cette ulcération se produit d'habitude spontanément par le fait seul de la desquamation de l'épithélium, dans la marche naturelle de la maladie.

Lorsqu'un follicule a été détruit, par suite de la phlegmasie dont il était le siège et qui a déterminé son ulcération, la muqueuse présente, dans le point qu'il

(1) Huguier, *Sur le catarrhe utérin* (*Gazette des hôpitaux*).
(2) Robert, *Des affections granuleuses, ulcéreuses et carcinomateuses du col de l'utérus* (Thèse de concours. Paris, 1848).

occupait, une perte de substance dont l'étendue est fort peu considérable, puisqu'elle est en rapport avec les dimensions de ce follicule. Mais si, au lieu d'un seul follicule, l'inflammation en envahit simultanément ou successivement un certain nombre, la muqueuse sera excoriée dans une plus grande étendue, elle présentera une ulcération irrégulière qui, d'abord superficielle, pourra s'étendre ou gagner d'elle-même en profondeur et se transformer en un véritable ulcère, plus ou moins fongueux, lequel n'en aura pas moins eu son point de départ dans une simple folliculite ulcéreuse.



Fig. 103. — Follicules du col de l'utérus enflammés et commençant à s'ulcérer. (D'après Huguier.)

En général, quand l'ulcération n'a pas encore envahi tout le col, on trouve d'habitude, à son pourtour, de petites saillies blanches ou rouges du volume d'une pointe d'épingle, constituées par autant de follicules enflammés, mais non encore ulcérés, qui témoignent de la façon dont le travail morbide s'est opéré.

Il résulte de cette marche de la phlegmasie que l'ulcération est toujours irrégulière et que ses bords ne sont jamais taillés à pic, mais vont en se déprimant insensiblement des parties saines aux parties malades, contrairement à ce qui a lieu pour les chancres.

La folliculite que nous avons vu constituer successivement les granulations, puis les érosions, une fois

arrivée à l'état d'ulcération du col, présente une surface rouge, ulcérée, saignante. L'ulcération s'étend irrégulièrement sur les deux lèvres, affectant en général une plus grande étendue de la lèvre postérieure que de l'antérieure (*fig.* 104) ; mais ayant toujours son point de départ au niveau de l'orifice externe, dont tout le pourtour est toujours rouge et ulcéré (*fig.* 105).

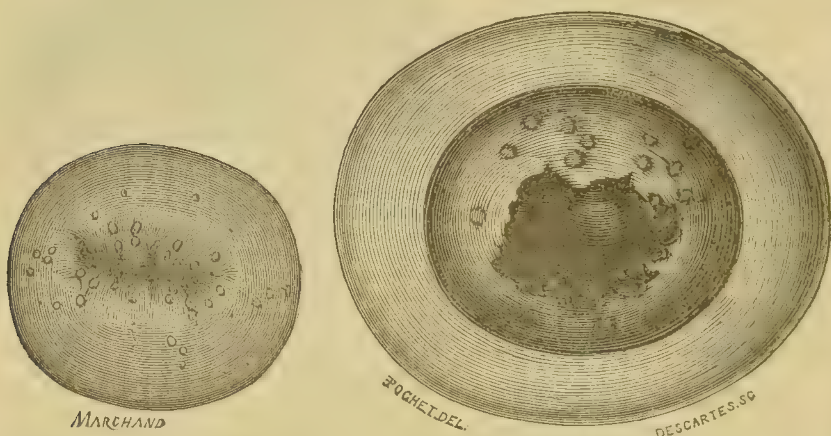


Fig. 104 et 105. — Ulcérations folliculeuses du col de l'utérus. — Des granulations, formées par des follicules enflammés, sont disséminées au pourtour des parties ulcérées (*).

L'ulcération s'arrête parfois au niveau de cet orifice, mais cependant moins souvent que ne le pense Aran, qui évalue à 99 fois sur 100 le nombre des cas dans lesquels elle ne va pas au delà ; tandis qu'il est constant qu'elle se prolonge fort souvent jusque dans l'intérieur de la cavité du col, où l'œil peut suivre sa coloration rouge, à travers l'orifice dilaté par l'inflammation, surtout lorsque les deux lèvres du museau de tanche sont écartées par un spéculum bivalve.

(*) La figure 104 est empruntée à Becquerel. — La figure 105 est tirée de l'atlas de Mme Boivin et Dugès, où il est dit qu'elle représente « des concrétions granulées avec ulcérations superficielles du col de l'utérus. »

Il serait, je crois, imprudent d'affirmer que l'ulcération du col de l'utérus a toujours et exclusivement son point de départ dans l'inflammation des follicules de la muqueuse ; mais il me paraît bien plus imprudent encore d'affirmer le contraire, comme l'ont fait M. Mayer et M. de Scanzoni (1), quand ils ont professé que cette ulcération a souvent son origine dans l'inflammation des papilles. — Que les papilles soient enflammées, que même leur inflammation imprime un caractère particulier à l'ulcération, au fond de laquelle elles se trouvent à nu, par suite de l'exfoliation de l'épithélium, c'est ce qui ne saurait être contesté. — Que par suite de leur tuméfaction et de leur richesse vasculaire elles contribuent à rendre ces ulcérations plus fongueuses et plus facilement saignantes, cela se conçoit encore à merveille. Mais que la seule inflammation de ces papilles conduise à l'ulcération, c'est ce qu'on n'a pas démontré ; c'est ce que l'analogie tend à faire repousser, car, dans le vagin où les papilles sont nombreuses et où l'on ne trouve pas de follicules mucipares, l'ulcération ne se produit jamais, même sous l'influence des vaginites les plus intenses, ni des leucorrhées les plus rebelles, de celles qui conduisent à la vaginite granuleuse ; — c'est ce que l'observation des faits contredit également, car dans tous les cas l'ulcération du col existe à son maximum d'intensité au pourtour de l'orifice où les follicules sont le plus abondants et ne débute jamais sur la circonférence externe du col, au niveau de l'insertion du vagin, là où les follicules deviennent plus rares et où les pa-

(1) De Scanzoni, *Métrite chronique*. Paris, 1864.

pilles prédominent. Enfin les auteurs eux-mêmes qui veulent nous faire accepter cette variété d'ulcération papillaire, reconnaissent que, même au milieu des papilles enflammées et hypertrophiées, on retrouve souvent des follicules enflammés. C'est ce qui est arrivé dans un cas observé par M. Noël Gueneau de Mussy et soumis à l'examen microscopique de Lebert, qui, tout en reconnaissant que le plus grand nombre des granulations était constitué par des papilles, constata qu'elles étaient entremêlées de follicules (1).

Je me garderai certainement d'édifier sur ce simple fait de la présence constante des follicules emprisonnés au milieu des ulcérations papillaires toute une théorie, mais je me demanderai si, au lieu de considérer, à l'exemple des auteurs allemands, l'ulcération papillaire comme complètement différente de l'ulcération folliculaire, il ne serait pas plus logique d'admettre que ce sont là deux degrés, deux phases successives du même travail morbide? J'ai quelques raisons de penser, — quoique je ne sois pas en mesure d'en donner la démonstration rigoureuse, — que l'ulcération du col débute toujours par une inflammation des follicules mucipares; puis, que ces follicules étant une fois ulcérés et détruits, tant par la suppuration que par l'extension du travail ulcératif dont leur cavité a été le point de départ, les papilles se trouvent mises à nu et deviennent alors la seule base de l'ulcération, après la disparition des follicules.

C'est ainsi que je m'explique les formes des ulcé-

(1) Noël Gueneau de Mussy, *Herpétisme utérin* (*Arch. gén. de méd.*, 1871).

rations papillaires qui ont une grande tendance à se boursoufler, à bourgeonner, à former au-dessus du niveau de la muqueuse des végétations ou des excroissances d'un rouge plus ou moins vif, saignant au moindre attouchement, qui constituent les ulcérations fongueuses, les ulcérations en choux-fleurs et en crêtes de coq. Ces ulcérations se montrent donc à une période plus avancée de l'inflammation et ne constituent pas le moins du monde une forme spéciale de la maladie.

J'en dirai autant des ulcérations dites variqueuses, qui ne diffèrent des autres que par leur aspect plus livide, et la présence de veines plus ou moins dilatées, soit à leur pourtour, soit à leur surface. Aran et de Scanzoni ont ouvert de ces veines distendues, et en ont retiré une quantité de sang plus ou moins considérable; mais à cela il n'y a rien de surprenant, car la gêne de la circulation veineuse est un phénomène qui n'exclut en aucune façon l'idée d'une inflammation chronique, qui peut et doit bien plutôt être considérée comme liée, dans une certaine mesure, à cette inflammation.

On rencontre assez souvent sur le col d'utérus gravides des ulcérations de nature inflammatoire, et qui, justement, par suite de la gêne que le fait de la grossesse apporte à la circulation veineuse des parties inférieures du corps, prennent cet aspect livide qui a été décrit comme caractéristique des ulcérations variqueuses. Les ulcérations qui existent alors sont plus étendues non seulement en surface mais aussi en profondeur, elles ont une couleur plus violacée, plus livide, couleur qui se retrouve du reste pendant le cours de la

grossesse et sur la muqueuse du vagin et sur celle de la vulve ; comme les ulcérations reposent alors sur un col plus ramolli, elles revêtent une apparence variqueuse ou même scorbutique.

Les ulcérations que je viens de vous faire connaître ont été attribuées à diverses causes par les auteurs qui ne veulent pas admettre leur origine inflammatoire. On en a accusé successivement l'irritation produite par le passage ou le séjour des mucosités sécrétées soit par la muqueuse utérine, soit par la muqueuse vaginale ; mais s'il en était ainsi, on ne les rencontrerait que sur la lèvre postérieure et jamais sur l'antérieure, tandis qu'elles existent presque toujours sur les deux ; et si la lèvre postérieure est souvent la plus intéressée, il arrive dans un bon nombre de cas que la lèvre antérieure présente l'ulcération la plus étendue (*fig.* 106). Elles se produisent dans tous les cas où il y a un écoulement abondant, et pourtant il n'est pas rare de voir des femmes atteintes de métrite interne, donnant lieu à une leucorrhée souvent excessive, sans qu'il y ait la moindre ulcération sur le museau de tanche. C'est ce qui existe chez une malade qui est actuellement couchée au n° 33 de notre salle Sainte-Geneviève, et dont l'écoulement provenant de la cavité utérine est si abondant, que je l'ai recueilli pour vous en faire con-

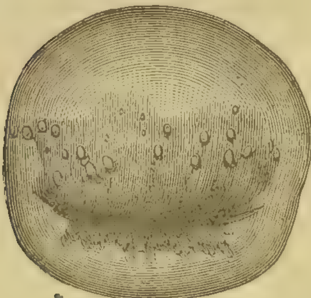


Fig. 106. — Ulcérations folliculeuses du col de l'utérus, d'après Becquerel. — L'ulcération occupe une beaucoup plus grande étendue de la lèvre antérieure du museau de tanche que de la postérieure.

naître les caractères histologiques (1). Du reste, comment agiraient donc ces mucosités, si ce n'est en enflammant la muqueuse par leur contact, supposé irritant ? Or, comme ces mucosités ne pourraient provenir que de l'hypersécrétion d'une muqueuse déjà enflammée, et qu'elles n'agiraient qu'en développant l'inflammation de la muqueuse qui s'ulcérerait à leur contact, ce ne serait plus une phlegmasie, mais bien deux qu'il faudrait admettre, si cette explication devait prévaloir.

On a accusé aussi le traumatisme, le contact du membre viril ; mais, d'une part, il s'en faut de beaucoup que toutes les femmes, dont le col utérin a subi ce contact, aient des ulcérations, et, d'autre part, ces ulcérations sont assez fréquentes, même chez les vierges, et elles y sont assez étendues et assez persistantes, sans qu'aucun traumatisme ait jamais été exercé sur leur col utérin, pour qu'il y ait lieu de rattacher leur présence à une telle cause. Alors, on a invoqué le frottement du col sur les parois du vagin, avec lesquelles il est en contact ! Pour s'être arrêté à une semblable explication, il fallait bien certainement être à bout de ressources, et vouloir faire du traumatisme à tout prix. Aussi n'est-il pas besoin de réfuter de telles doctrines, il suffit de les énoncer pour les juger.

Passons maintenant à l'examen des altérations que subit la muqueuse de la cavité du col de l'utérus. Là, comme dans tout le reste de l'étendue de cette muqueuse, c'est encore l'appareil glandulaire qui est le plus sérieusement intéressé. La rougeur et la vascularisation existent, comme sur le museau de tanche,

(1) Voyez p. 491.

comme dans la cavité utérine; quant à l'ulcération, elle ne se rencontre guère qu'au niveau de l'orifice externe, soit qu'elle se continue, au travers de cet orifice, avec l'ulcération siégeant sur le museau de tanche, — ce qui est le cas le plus fréquent, quoique parfois il y ait une ligne de démarcation bien tranchée, entre les lésions de la cavité et celles de la surface externe du col utérin ; — soit, au contraire, que la muqueuse extérieure du museau de tanche reste parfaitement intacte, l'ulcération étant limitée à l'intérieur.

On voit aussi assez fréquemment, dans les cas de métrite interne, l'inflammation s'étendre à travers le conduit de l'isthme de l'utérus, qui est dilaté, et occuper à la fois la cavité du corps et la cavité du col, sans dépasser l'orifice inférieur du museau de tanche, dont la surface vaginale reste saine. C'est ce qui existe chez une des malades dont je vous ai parlé quand je vous ai fait l'histoire de la métrite interne.

Les glandes de la cavité du col sont des glandes en grappe, elles pénètrent profondément dans la muqueuse, et vont jusqu'au contact du tissu musculaire. Lorsqu'elles se tuméfient par le fait de l'inflammation, et que leurs orifices s'oblitèrent, elles forment de véritables petits kystes qui peuvent atteindre jusqu'au volume d'un pois ou même d'une cerise. Ces petits corps, connus sous le nom d'*Œufs de Naboth* (*fig.* 107 et 108), sont des produits de la métrite chronique.

Leur véritable nature a été surtout parfaitement étudiée par M. Huguier (1), qui les a décrits sous le nom de *kystes utéro-folliculaires*. Ce savant observateur a

(1) Huguier, *Mémoire sur les kystes de la matrice* (Lu à la Société de chirurgie, le 5 mai 1847).

montré de plus que ces kystes, ainsi formés de follicules hypertrophiés, peuvent faire saillie du côté de la muqueuse et se détacher des parois utérines pour, en se pédiculisant, former de véritables polypes. Ces polypes contiennent, suivant les cas, une ou plusieurs cavités

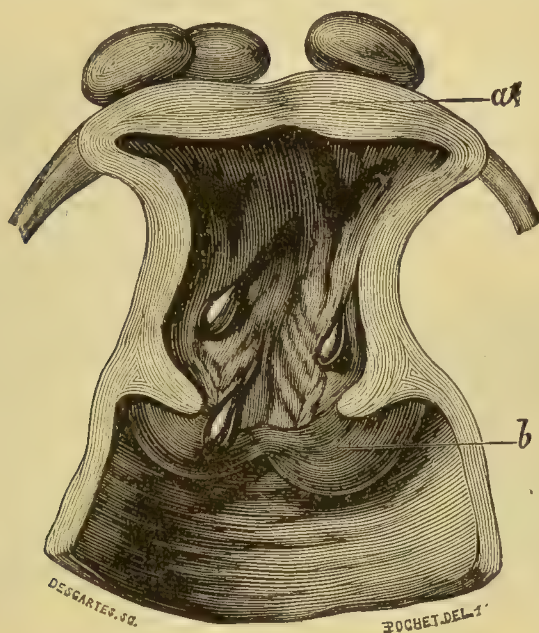


Fig. 107. — Follicules enflammés de la cavité du col utérin (*).

kystiques, remplies d'un mucus visqueux et filant, généralement incolore, ou présentant une teinte jaune ambrée, à moins qu'ils n'aient été colorés par du sang épanché dans leur cavité. Ils se détachent le plus habituellement des parois de la cavité du col de l'utérus et

(*) Sur cette figure l'utérus est ouvert et présente à l'intérieur du col trois petits corps rouges pédiculés qui, d'après la description des auteurs, renferment un kyste de matière albumineuse incolore. Ces petits kystes pédiculés ne sont autre chose que des glandes mucipares enflammées. Trois petits corps fibreux intra-péritonéaux se détachent de la partie supérieure du fond de l'utérus. — *a*, paroi antérieure de l'utérus ; *b*, lèvre antérieure du museau de tanche sur la face interne duquel le polype a pris naissance (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 2).

peuvent franchir l'orifice externe du col pour faire saillie dans le vagin (*fig.* 109). Mais on les voit aussi prendre naissance sur la surface externe du museau de tanche. Le premier qu'a étudié M. Huguier était dans ce cas, car il avait son point d'implantation sur la

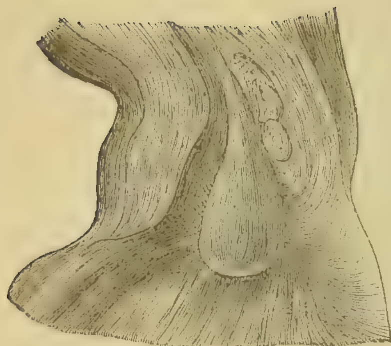


Fig. 108. — Polype glandulaire isolé de la cavité du col utérin.

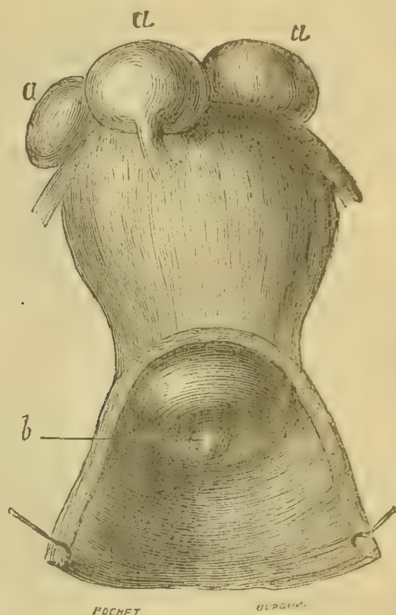


Fig. 109. — Tumeurs pédiculées de l'utérus (*).

lèvre postérieure du col, d'où Guersant fils l'avait enlevé. Sur une pièce que je mets sous vos yeux, l'insertion d'un de ces kystes folliculaires pédiculés a lieu sur la limite même de l'orifice externe du col, dont la surface est recouverte d'ulcérations qui ne remontent pas au delà de cet orifice (*fig.* 110) : Ce qui démontre que les follicules de la surface externe du museau de

(*) L'utérus offrant au moins le double de son volume présente à l'extérieur et sur son fond trois tumeurs pédiculées *a*, *a*, *a* ; une autre petite tumeur pisiforme *b* se présente à l'orifice du museau de tanche (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XVIII, fig. 1). Même utérus que fig. 107, p. 587.

tanche peuvent se pédiculiser tout comme ceux de la cavité du col ou même du corps de la matrice et donner, comme eux, lieu à la production des ces excroissances connues sous le nom de *polypes muqueux*.

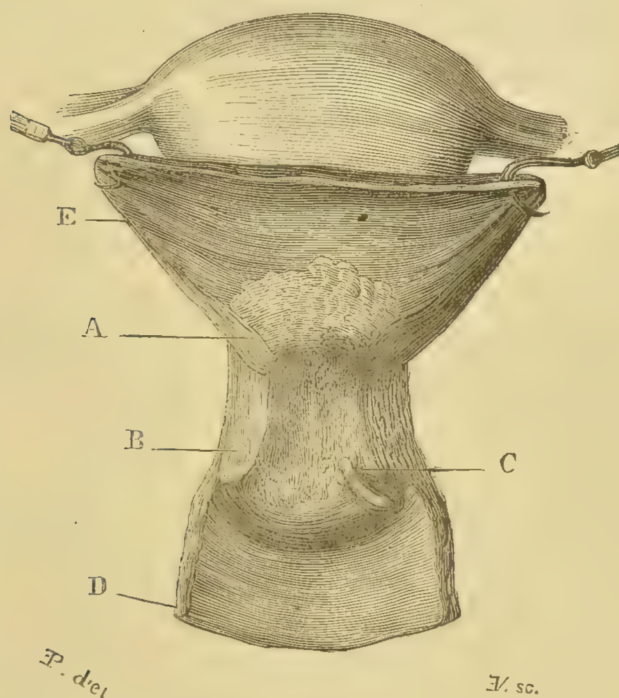


Fig. 110. — Polype muqueux de l'utérus formé par un follicule de la surface externe du museau de tanche (*).

Même lorsqu'ils affectent ainsi la forme de polypes, les kystes folliculaires peuvent être de très petite dimension, mais ils se groupent le plus souvent en masse, et leur ensemble forme une tumeur creusée de petites cavités indépendantes les unes des autres, qui, à un

(*) A, lèvre antérieure du col ulcérée. — B, lèvre postérieure également ulcérée. — C, implantation du pédicule d'un petit polype muqueux formé par un follicule enflammé et détaché de la lèvre postérieure du col au niveau de l'orifice externe. — D, paroi postérieure du vagin. — E, paroi antérieure du vagin, relevée avec la lèvre correspondante.

examen superficiel, peut être prise pour une tumeur sarcomateuse plutôt que kystique. C'est ce qui avait lieu dans le fait de Guersant rapporté par M. Huguier, et vous ne devez pas avoir oublié que je vous ai montré des tumeurs toutes semblables se formant à l'intérieur de la cavité utérine, sous l'influence du même travail morbide, l'inflammation de la muqueuse (1). L'origine inflammatoire de ces produits morbides ne saurait être mise en doute, en présence des altérations du parenchyme utérin qui les accompagnent, et il faut bien se garder, comme l'a fait M. West (2), de les considérer comme la cause de ces altérations dont ils ne sont au contraire que les conséquences. Son traducteur, M. Mauriac, est beaucoup plus que lui dans la vérité, lorsque, appréciant ce que Virchow a décrit sous le nom de *molluscum cystique* de l'utérus, il dit que « la dilatation cystoïde avec oblitération des orifices arrive assez fréquemment dans les glandes utriculaires de la matrice et se rattache à une sorte d'*endo-métrite chronique.* »

L'enveloppe péritonéale participe moins fréquemment et dans une moins large mesure que la muqueuse au travail morbide qui caractérise la métrite chronique. Cependant, il n'est pas impossible de trouver cette séreuse plus ou moins épaissie par places et recouverte d'adhérences plus ou moins filamenteuses, qui rattachent l'utérus aux organes voisins ; ces fausses membranes sont les stigmates de la phlegmasie aiguë qui a été le point de départ de la métrite chronique. Le tissu cellulaire sous-péritonéal peut être aussi légè-

(1) Voyez p. 478.

(2) West, *Leçons sur les maladies des femmes*. Trad. par Mauriac, p. 307.

rement induré et épaissi ; mais cela est fort rare.

Quant aux organes voisins, tels que les trompes, les ovaires, les ligaments larges, ils présentent aussi, fort souvent, des traces d'une inflammation chronique, qu'il n'y a pas lieu de décrire en ce moment et qui constitue une des complications les plus habituelles de la métrite chronique.

XIV

MÉTRITE CHRONIQUE

(SUITE)

SYMPTOMATOLOGIE

Des expressions symptomatiques différentes correspondent aux deux degrés de l'inflammation du parenchyme utérin. — Les ulcérations de la muqueuse du col n'ont qu'une importance secondaire. — La douleur est un phénomène constant; son siège, ses irradiations, son caractère. — Prurit vulvaire. — Troubles de la menstruation. — Signification de la métrorrhagie et de l'aménorrhée. — La dysménorhée membraneuse. — Troubles de la digestion et de la nutrition. — Anémie, chlorose et troubles nerveux consécutifs. — Facies utérin. — Taches pigmentaires. — Éruptions cutanées. — Signes objectifs. — Tension et douleur de l'hypogastre. — Signes fournis par le toucher, par le cathétérisme utérin, par l'examen au spéculum. — Écoulements leucorrhéiques. — Symptômes de voisinage fournis par la vessie et le rectum. — Complications. — Difficulté de distinguer la maladie principale de la complication. — Les phlegmasies péri-utérines. — Les déviations de l'utérus. — La lithiase urineuse et biliaire.

Messieurs,

Les altérations anatomiques qui se produisent dans les diverses parties de l'utérus sous l'influence du travail inflammatoire et que je vous ai fait connaître, en

détail, sont attribuées par un grand nombre d'auteurs à des maladies fort diverses, ce qui devrait nous empêcher de les englober dans une seule et même description. — Je vous ai dit pourquoi je ne partage pas cette manière de voir, et je vous ai montré quel lien anatomique étroit rattache les unes aux autres toutes ces lésions, en apparence si dissemblables, et empêche qu'elles puissent être envisagées comme ayant une existence indépendante, qui autoriserait à reconnaître dans chacune d'elles le produit d'une maladie spéciale et distincte. — L'étude clinique confirme de tout point ces données fournies par l'anatomie pathologique; et, si nombreux, si variés, que soient les symptômes déterminés par la métrite chronique, l'esprit reste confondu devant l'effort d'imagination qu'il a fallu faire pour répartir ces symptômes entre dix ou douze maladies différentes, comme cela a lieu dans bien des livres.

C'est ainsi que l'on est arrivé à une confusion parfaitement inextricable, en donnant, à la suite les unes des autres, des séries interminables de descriptions que les plus habiles artifices de langage ne sauraient parvenir à rendre différentes entre elles, car elles se rapportent toutes à des états morbides complètement identiques, ou qui ne sont séparés les uns des autres que par de simples nuances, à peine saisissables. Ai-je besoin d'insister pour vous faire comprendre dans quelle perplexité se trouve l'esprit du lecteur qui, naïvement, et sur la foi du titre inscrit en tête de chaque chapitre, cherche à se reconnaître au milieu de ce chaos pathologique, en se demandant comment il se peut faire que l'utérus soit doté de plus de vingt maladies différentes, quand d'autres organes, qui le va-

lent bien, tels que le cœur, le poumon et le cerveau, n'en possèdent pas plus de 5 ou 6 chacun, pour sa part?

C'est là, en effet, ce qui constitue l'une des plus grandes obscurités dont est encore enveloppée l'étude des maladies des femmes. Faute d'avoir su grouper dans une vue d'ensemble, en les rattachant à une seule et même cause pathogénique, tous les phénomènes morbides qui dépendent de la phlegmasie utérine, on a fait autant d'espèces morbides de chacune des phases, de chacune des lésions, de chacun des symptômes principaux du travail inflammatoire. — Que l'on restitue donc à cet état pathologique tout ce qui lui appartient réellement, et l'on verra bien des difficultés s'aplanir, bien des obscurités se dissiper; l'ordre remplacera la confusion; chaque symptôme reprendra la place et la signification qui lui conviennent et l'étude de la pathologie des organes génitaux internes de la femme cessera d'être plus ardue ou plus difficile que celle de tout autre organe; car le clinicien pourra donner à son diagnostic, la rigueur et la précision qu'une phraséologie prétentieuse et surannée avait pour effet de rendre impossibles.

Ce n'est pas à dire que l'histoire de la métrite ne comporte aucune division, tant s'en faut; mais autre chose est d'indiquer les différences de forme qui constituent les variétés d'une même espèce morbide, autre chose de considérer chacune de ces variétés comme une espèce distincte. — Vous connaissez déjà les formes principales ou élémentaires de la métrite aiguë; celles de la métrite chronique sont à peu près les mêmes, quoiqu'il y ait à l'état chronique une séparation moins tranchée qu'à l'état aigu, entre la phleg-

masie de la muqueuse et celle du parenchyme.

Les deux variétés, réellement importantes à reconnaître dans la métrite chronique, correspondent aux deux degrés de la maladie, que je vous ai décrits à propos de l'anatomie pathologique et constituent, à proprement parler, deux périodes successives, plutôt même que deux manières d'être différentes de la même espèce morbide. — C'est surtout au point de vue du pronostic et du traitement qu'il est essentiel de pouvoir les distinguer; j'aurai soin de vous indiquer, autant que faire se pourra, les signes qui vous permettront de les différencier dans la pratique.

Quant aux ulcérations de la muqueuse du col, leur présence ou leur absence apporte une modification si peu importante, tant dans la symptomatologie générale que dans la marche et la durée de la métrite chronique, que je ne crois pas devoir, sur ce symptôme seul, baser une division; encore moins me paraît-il nécessaire d'établir des distinctions entre les différentes formes d'ulcérations. Qu'il y ait là matière à quelques modifications dans le traitement, c'est tout ce que je puis admettre. Le fait pratique incontestable est celui-ci : vous rencontrez très souvent la métrite chronique sans ulcérations de la muqueuse utérine, tandis que ces ulcérations ne se rencontrent jamais sans qu'il y ait inflammation.

Cela dit, j'aborde l'étude des symptômes de la métrite chronique et, pour bien vous montrer que la maladie se révèle par tous ses signes les plus caractéristiques sans qu'il y ait ulcération, je veux d'abord vous parler de deux malades qui se trouvent dans ce cas.

La première nous présente un bel exemple de la métrite chronique, avec tuméfaction et ramollissement du tissu utérin. C'est une femme de 34 ans, couturière, réglée pour la première fois à 13 ans, à la campagne, et qui depuis l'âge de 19 ans a eu quatre accouchements à terme, dont le dernier il y a quatre ans. — Depuis ce dernier accouchement elle a été moins bien menstruée, ses règles sont devenues plus abondantes, puis elles ont avancé de 8 jours à chaque mois, en se prolongeant plus longtemps que d'habitude. — Une première fois elle vint réclamer mes soins, il y a deux ans; elle avait alors une métrite aiguë, pour laquelle je lui prescrivis des émollients et des narcotiques qui la soulagèrent, mais elle quitta l'hôpital au bout de 15 jours, sans être guérie, comme bien vous pensez.

Les douleurs qui l'avaient déterminée à se faire soigner ne tardèrent pas à reparaître, il y eut des métrorrhagies assez abondantes et des troubles gastro-intestinaux sérieux qui se montrèrent à différentes reprises.— Enfin, il y a un mois, elle est revenue à l'hôpital presque aussi souffrante qu'il y a deux ans. — Elle avait eu des métrorrhagies abondantes, accompagnées de coliques, de nausées et de diarrhée; sa miction était fréquente, et elle rendait des urines épaisses, bourbeuses. — Les douleurs abdominales s'exaspéraient pendant la marche. — Elles s'irradiaient dans les lombes et dans les cuisses, il y avait une sensation de tension dans l'abdomen, avec de la pesanteur au périnée. — Un écoulement leucorrhéïque de médiocre intensité était habituel, il empesait le linge, sans le tacher en vert ni en jaune.

A l'examen de la malade, qui était apyrétique, je trouvai la région hypogastrique un peu chaude et ten-

due, quoique non douloureuse; la percussion y révélait une matité dans une étendue de deux à trois travers de doigt au-dessus du pubis, quoique la vessie fût vidée. — Par le toucher vaginal, je trouvai le col de l'utérus dirigé en arrière et le corps incliné en avant, ce qui expliquait la matité sus-pubienne que je viens de vous indiquer. — Tout l'utérus était lourd, volumineux, donnant sous le doigt la sensation d'un corps assez mollasse. Le col était très gros, présentant sur la lèvre antérieure une déchirure qui, allant d'avant en arrière dans toute son épaisseur, la divisait en deux tubercules sur lesquels on ne remarquait aucune induration. — Les tissus péri-utérins étaient souples; l'utérus, quoique mobile, se laissait facilement replier sous le doigt. — Je ne sentis pas d'ulcération sur le museau de tanche, dont l'orifice était assez largement ouvert pour admettre la phalange unguéale de mon indicateur. — L'examen au spéculum confirma les données fournies par le toucher et permit de mesurer le col, dont le diamètre antéro-postérieur était de 40 millimètres et le diamètre transversal de 35 millimètres. La surface était lisse, tendue, d'une coloration livide uniforme; un mucus abondant, très visqueux, et rendu un peu jaunâtre par une petite quantité de pus, sortait par l'orifice du museau de tanche.

Plus tard, nous vîmes apparaître sur la lèvre postérieure une petite ulcération et sur la lèvre antérieure un pointillé rouge qui n'existaient pas le premier jour et qui disparurent après quelques semaines, quoique les dimensions de l'utérus ne fussent pas diminuées et que les autres symptômes persistassent. L'hystéromètre pé-

nétrait jusqu'à 8 centimètres 1/4, courbure en avant et bec fortement porté en avant; le manche de l'instrument se trouvant, par conséquent, dirigé en arrière.

Notre seconde malade est plus jeune, elle est âgée de 27 ans; mais, comme la précédente, elle a eu 4 enfants, qui sont venus en 4 ans, de 18 à 22 ans, et, comme elle aussi, elle s'est levée trop tôt après chaque grossesse; de plus elle a repris prématurément son travail assez fatigant de blanchisseuse. — Peu de temps après son dernier accouchement elle a eu des règles plus abondantes que d'habitude, sans en être autrement incommodée; mais depuis deux ans la menstruation est devenue tout à la fois et moins abondante et fort douloureuse. — Chaque époque est précédée d'une crise de coliques et de douleurs lombaires qui durent un ou deux jours, en s'accompagnant de vomissements et parfois même de crises hystériques. — Une leucorrhée abondante se montre pendant l'intervalle des règles. — Les douleurs, qui d'abord ne se faisaient sentir qu'au moment des règles, se sont manifestées depuis, pendant leur intervalle; elles s'étendent dans tout l'abdomen, dans les lombes, dans les cuisses; il y a une sensation de pesanteur sur le périnée, qui provoque parfois des douleurs expulsives. Il y a de la constipation et la défécation est douloureuse, surtout depuis qu'il s'est produit des hémorrhoïdes. Il y a aussi des envies fréquentes d'uriner, mais les urines sont restées claires et limpides. La marche est difficile et douloureuse et la malade a, quand elle se meut, la sensation d'un corps lourd et volumineux qui ballotte dans son bassin.

Les signes objectifs que me donna l'examen de cette

malade furent les suivants : l'abdomen était un peu distendu par les gaz, mais non douloureux à la palpation; il n'y avait pas de matité sus-pubienne; au toucher on trouvait un col bas, lourd, volumineux, à peine entr'ouvert, sans déchirure ni ulcération. — L'utérus, légèrement incliné en avant, mais moins que dans le cas précédent, était moins mou, plus mobile, mais douloureux à la pression. — Il n'y avait pas d'empâtement ni de tuméfaction dans les culs de sac vaginaux. Au spéculum, le col mesurant 32 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur, sur 28 dans son diamètre transversal, était violacé par places et on y voyait à sa surface plusieurs veinules assez saillantes; mais, en d'autres points, il présentait une coloration plus pâle, à peine rosée, ce qui le faisait apparaître comme couvert de marbrures. — Son orifice était refermé. — Il ne présentait aucune ulcération, mais on voyait huit ou dix petites granulations moins grosses que de petites têtes d'épingles, disséminées sur ses deux lèvres, à peu de distance de l'orifice. — Un peu de mucosité visqueuse, mais très limpide, sortait de son orifice. — La sonde pénétrait facilement dans sa cavité jusqu'à 7 centimètres, bec et coubure en avant, manche en arrière.

Ce qui distingue ce fait du précédent, c'est que chez la dernière malade la matrice était moins volumineuse, moins molle, moins congestionnée que chez la première, quoique cependant on vît sur le col des traces d'une injection veineuse plus prononcée, par certaines places; mais, à côté de cette vascularisation exagérée, on apercevait des espaces où la muqueuse était plus pâle. Je suis donc porté à penser que la phlegma-

sie chronique est chez notre première malade à cet état d'infiltration ou d'engorgement sanguin qui constitue la première période; tandis qu'elle est chez la seconde à un degré plus avancé et tend à passer à l'état d'induration anémique, quoiqu'elle n'y soit pas encore arrivée. — Elle en est en quelque sorte à la période de transition du premier de ces états à l'autre.

Si nous reprenons un à un tous les principaux symptômes observés chez ces deux femmes, en cherchant à nous rendre compte de la valeur de chacun d'eux, soit qu'il se rencontre dans les deux cas et puisse être considéré comme faisant partie du fonds commun de la maladie, soit qu'il se présente isolément, de façon à imprimer un cachet spécial au fait dans lequel il s'est produit, nous voyons que les plus importants, à ce double point de vue, — en dehors bien entendu des signes objectifs, perçus par l'examen direct, — sont fournis par la douleur et par les troubles de la menstruation.

La douleur est un phénomène constant dans la métrite chronique; c'est généralement elle qui éveille d'abord l'attention des malades et les engage à recourir aux soins du médecin, quoique, souvent, elle ait été précédée par d'autres symptômes qui, pour nous, sont plus caractéristiques. — Souvent obscure au début, et ne consistant qu'en une simple sensation de pesanteur et de plénitude dans le bassin, la douleur s'exaspère plus tard, comme elle l'a fait chez nos deux malades. — Elle peut donc revêtir diverses formes et se manifester tantôt spontanément, tantôt seulement lorsqu'elle est provoquée. Elle peut être purement locale, ou s'irradier jusqu'aux points les plus éloignés de l'économie. Son

siège principal est la région lombaire. Cette douleur lombaire, que nous avons constatée chez nos deux malades, est plus fréquente que la douleur hypogastrique qui a existé seulement chez la seconde, et surtout elle se montre à une époque beaucoup plus rapprochée du début; c'est ordinairement pour ces douleurs de reins que les femmes viennent consulter. Plus tard seulement, elles éprouvent une sensation de plénitude dans le petit bassin, il semble que l'utérus pèse sur le périnée, sur le rectum et sur la vulve, et alors les douleurs peuvent éveiller une sensation particulière, elles provoquent le besoin de pousser, elles sont *expulsives*, comme celles qu'accusait notre seconde malade; ce caractère se rencontre à toutes les phases de l'affection.

La douleur est en général sourde, gravative, quelquefois cependant elle revêt la forme d'élancements qui suivent le trajet des nerfs iléo-lombaires, ou lombo-sacrés. — On observe alors tous les signes des névralgies de ces nerfs et l'on retrouve les centres d'irradiation douloureux au niveau des points d'émergence de leurs branches superficielles. La douleur est exaspérée par toutes les causes qui impriment des secousses à l'utérus, par le coït et la marche, et surtout par l'action de descendre un escalier ou un plan incliné, action dans laquelle la matrice éprouve un choc à chaque pas. La sensation de ballottement, qui a été éprouvée par une de nos malades, est en quelque sorte le diminutif de ces douleurs, souvent excessivement vives, qui sont provoquées par la marche et la rendent impossible.

La douleur hypogastrique a quelquefois son maximum au-dessus du pubis, sur la ligne médiane ; mais

plus souvent, elle siège latéralement, et plutôt dans l'un des flancs qu'à l'hypogastre, soit qu'on la doive attribuer à une compression exercée par l'utérus lui-même, dévié du côté douloureux; soit, qu'au contraire cet organe, dévié du côté opposé, tiraille le ligament large; soit, enfin, qu'elle ait pour point de départ l'ovaire, dont les nerfs tirent leur origine du même plexus que ceux de l'utérus. L'exagération des phénomènes morbides, et de celui qui nous occupe, en particulier, au moment de la période menstruelle semble venir à l'appui de cette dernière hypothèse. Enfin, l'organe malade peut comprimer le plexus sacré et donner lieu à des névralgies sciatiques, qu'il ne faut pas confondre avec les irradiations douloureuses qui se propagent le long des cuisses, comme cela avait lieu chez nos deux malades, car chez elles on ne trouvait pas les points douloureux caractéristiques de la névralgie.

Outre les douleurs lombaires, il est une douleur fréquente, siégeant vers le coccyx, et décrite avec détails par de Scanzoni, sous le nom de *coccygodynie;* je l'ai rencontrée assez fréquemment dans d'autres cas, mais elle n'existait chez aucune des deux malades qui nous occupent en ce moment.

Les douleurs qui se manifestent dans des points plus éloignés de l'utérus, tels que certaines névralgies faciales ou intercostales, ne sont que des symptômes secondaires de la métrite chronique, sous l'influence de laquelle on les voit apparaître; car alors elles sont symptomatiques de la chlorose et de l'anémie causées par la métrite, bien plutôt que de la phlegmasie utérine elle-même.

Puisque je vous parle des sensations douloureuses éprouvées par les malades affectées de métrite chro-

nique, je ne dois pas passer sous silence la sensation de chaleur insupportable, d'ardeur siégeant dans les régions lombaire et sacrée, que Duparcque a signalée comme se produisant chez beaucoup de malades par le fait du séjour au lit. Je dois aussi vous parler d'un prurit vulvaire souvent très persistant, qui, sollicitant les malades à se gratter avec frénésie, peut déterminer des habitudes irrésistibles de masturbation. Ce prurit n'est pas toujours la conséquence d'une irritation de la vulve par le contact des mucosités vaginales, car il se produit en l'absence de tout écoulement; il doit donc être considéré, dans nombre de cas, comme un symptôme purement nerveux.

Les douleurs de la métrite ne sont pas continues; elles présentent des exacerbations, qui coïncident le plus habituellement avec l'apparition des règles, et, souvent même, elles ne se montrent que pendant la période menstruelle, qui est toujours plus ou moins profondément perturbée par le fait de la phlegmasie utérine.

Vous avez vu que, chez mes deux malades, il y a eu des métrorrhagies, ou, tout au moins, que les règles sont devenues plus abondantes au début de la maladie; puis, tandis que ce caractère persistait chez l'une, la métrorrhagie était remplacée chez l'autre par une sorte de dysménorrhée fort douloureuse. C'est là un fait important à noter et dont vous apprécierez toute la valeur si vous voulez bien vous rappeler que dans la métrite parenchymateuse aiguë il n'y a pas habituellement de métrorrhagie, tandis que c'est le symptôme pour ainsi dire essentiel de la métrite interne ou muqueuse. Ces deux particularités nous font comprendre ce qui s'est passé chez nos deux malades : au début leur muqueuse

utérine a été intéressée et elle l'est encore chez la première; tandis que chez la seconde la phlegmasie s'est éteinte en grande partie sur la muqueuse, à mesure qu'elle gagnait le parenchyme. Cela vous explique pourquoi nous trouvons des descriptions si variées, dans les auteurs, au point de vue des troubles de la menstruation, dans les cas de métrite chronique. Au lieu de constater, confusément et sans savoir pourquoi, que la menstruation est tantôt augmentée, tantôt diminuée d'abondance, ne vaut-il pas mieux établir — comme nous sommes à même de le faire, d'après la rigoureuse observation des faits — que, si la métrite parenchymateuse domine, on n'aura pas d'hémorrhagies ou elles seront peu abondantes, tandis que, au contraire, si c'est la métrite interne qui l'emporte, on verra se produire des métrorrhagies plus ou moins considérables et persistantes.

A la suite de règles peu abondantes et douloureuses, on voit quelquefois les malades rendre des membranes blanchâtres constituées, soit par des caillots fibrineux, d'abord retenus dans la cavité du corps, puis expulsés en masse; soit par des lambeaux exfoliés de la muqueuse utérine: c'est à cette variété de troubles menstruels qu'on a donné le nom de *dysménorrhée membraneuse*. Pour mon compte, je ne puis en faire, dans le cas qui nous occupe, un état morbide spécial; c'est au même titre que les écoulements, dont je vous parlerai dans un instant, une conséquence de la phlegmasie utérine, conséquence qui survient souvent quand la métrite affecte la forme aiguë, mais qu'on observe aussi quand elle passe à l'état chronique.

Du côté des voies digestives, on observe des troubles fonctionnels marqués auxquels il convient d'attacher

la plus grande importance. Lorsque la métrite chronique succède à la phlegmasie aiguë de l'organe, on observe, au début de la maladie, des nausées, des vomissements, comme il s'en est produit chez notre première malade et dont je vous ai indiqué la signification et le mécanisme lorsque je vous ai parlé de la métrite parenchymateuse aiguë (1). Ces vomissements font tout à fait défaut si la métrite est chronique d'emblée; mais alors, et même dès le début, on constate du côté des fonctions digestives d'autres troubles qui ne manquent jamais. L'appétit se perd, devient capricieux, souvent bizarre; les malades éprouvent du dégoût pour les aliments et plus particulièrement pour la viande. Leurs digestions, sans être sérieusement altérées, se font mal; elles s'accompagnent de productions gazeuses plus ou moins abondantes, d'où résulte un ballonnement du ventre, qui peut aller jusqu'à la tympanite : il y a habituellement de la constipation, alternant parfois avec de la diarrhée, qu'il est rare de rencontrer seule et persistante comme cela s'est vu chez une de nos malades. Ce sont encore des désordres purement sympathiques, mais qui ont un énorme retentissement sur tout le reste de l'organisme.

Par suite de l'anorexie qu'elles éprouvent les malades mangent peu ; puis, lorsqu'elles sont prises de douleurs gastralgiques, elles en viennent à refuser avec obstination de prendre des aliments, et, même alors, le peu qu'elles mangent est mal élaboré et ne profite pas à l'assimilation. La nutrition se trouve donc profondément troublée ; le sang perd de sa plasticité, et alors

(1) Voy. p. 436.

surviennent les désordres du côté de la circulation, les phénomènes de chlorose, puis les accidents nerveux qui en sont la conséquence et dont l'ensemble forme le cortège habituel de la métrite chronique.

Tous ces symptômes se rattachent d'une façon si étroite à l'affection utérine, que, pour bien des personnes, les phénomènes dyspeptiques, chlorotiques et névropathiques, que je viens de vous montrer comme se produisant sous l'influence de la métrite, seraient plutôt la cause que la conséquence de cette dernière. C'est là une erreur manifeste, qu'une observation tant soit peu attentive suffit à dissiper, et, pour mon compte, quoique j'aie trouvé bien souvent ces divers états pathologiques réunis chez la même malade, je puis vous affirmer que pas une seule fois je n'ai vu la chlorose engendrer la métrite chronique, tandis que j'ai toujours vu, au bout d'un temps plus ou moins long, la métrite chronique donner fatalement naissance à la chlorose.

Attendez-vous donc à voir se produire les palpitations de cœur et les souffles vasculaires, à la suite des symptômes dyspeptiques, dans la métrite chronique. Ces accidents dus au vice de la nutrition, sont encore sollicités par les déperditions diverses qui surviennent dans le cours de la maladie ; déperditions consistant dans le sang des métrorrhagies dont je vous ai déjà parlé, et dans les écoulements leucorrhéiques dont il me reste à vous entretenir. De ces derniers, les plus préjudiciables à la santé générale sont ceux qui proviennent de la cavité du corps de l'utérus ; et il est d'observation que la perte des forces, ainsi que l'amaigrissement, sont plus considérables et plus rapides dans la métrite interne que dans la métrite parenchyma-

teuse, ou dans celle qui s'accompagne d'ulcérations limitées à la muqueuse du col.

Les phénomènes hystériques, qui surviennent si fréquemment dans le cours de la métrite chronique, sont absolument du même ordre que ceux dont je viens de parler. Ils ne se produisent pas sous l'influence directe de la maladie utérine; mais bien par suite de l'ébranlement général que cette affection imprime à tout l'organisme, par suite surtout de l'affaiblissement qu'elle détermine chez les femmes qui en sont atteintes. Il est rare, à moins de prédispositions toutes particulières, que l'on voie survenir d'emblée de véritables attaques hystériques; et, lorsqu'il en est ainsi, il y a lieu de penser que l'hystérie existait déjà, pour ainsi dire en puissance, et se serait manifestée alors même que la métrite chronique ne l'aurait pas sollicitée. Mais, ce qui est plus fréquent, ce sont les suffocations, la sensation de boule, les pandiculations et, enfin, les irrégularités de caractère qu'on ne peut s'empêcher de comprendre au nombre des symptômes de nature hystérique. L'action de la métrite chronique sur la production de ces symptômes ne saurait être révoquée en doute; et, quoique d'une façon indirecte, elle agit assez profondément sur le moral des malades pour faire naître chez elles une tristesse habituelle, qui peut aller jusqu'au dégoût de la vie.

J'ai souvent entendu parler des paraplégies qui peuvent, dit-on, survenir dans le cours des maladies chroniques des organes génitaux internes de la femme, mais je dois avouer qu'il ne m'a, jusqu'à présent, jamais été donné d'en observer un seul cas. Je ne saurais donc les ranger au nombre des affections symptomatiques des maladies utérines.

En tant que grande fonction, la respiration n'est pas troublée ; il y a seulement un peu d'anhélation, quelques douleurs névralgiques intercostales, un peu de dyspnée produite par les palpitations. Il en résulte une petite toux sèche, nerveuse, qui est assez fatigante et qui, coïncidant avec l'aménorrhée, dans la métrite parenchymateuse, a souvent pu faire croire au début de la phthisie.

La malade s'affaiblit, maigrit, perd ses forces ; le visage prend une teinte terreuse et une expression particulière que vous retrouvez, non seulement chez nos deux malades, mais même chez toutes celles qui ont une phlegmasie chronique, soit de l'utérus, soit des tissus péri-utérins. C'est cet aspect que l'on a désigné sous le nom de *facies utérin*. Les traits sont tirés, les paupières brunâtres, les yeux battus, cernés, quelquefois brillants d'un vif éclat : en un mot, on retrouve dans la physionomie des malades affectées de la métrite chronique le même aspect, seulement avec expression plus accentuée, que chez les femmes bien portantes au moment de leurs époques menstruelles.

Un signe qu'il ne faut pas oublier de noter, c'est la présence de taches brunes situées sur le front, les joues, le menton, analogues à celles que l'on rencontre si souvent chez les femmes enceintes, et qui sont désignées vulgairement sous le nom de *masque*. Vous en avez vu, il y a peu de temps, un très bel exemple chez une femme affectée de métrite chronique et chez laquelle il n'y avait pas moyen d'attribuer ce *masque* à une grossesse antérieure, puisqu'elle n'avait jamais été enceinte. Il serait intéressant de rechercher la véritable cause anatomique de ce dépôt anormal de matière pigmentaire,

qui semble révéler un état profondément cachectique.

On voit aussi survenir dans le cours de la métrite chronique diverses éruptions cutanées qui ont été très bien décrites par Hébra (1), cité par de Scanzoni. Il est impossible de méconnaître les liaisons qui existent entre ces différentes manifestations cutanées, et certains phénomènes physiologiques et pathologiques se produisant du côté des organes génitaux ; c'est ainsi que vous avez eu souvent l'occasion de voir des vésicules d'herpès, des pustules d'acné, apparaître sur diverses parties du corps et plus particulièrement autour de la bouche ou à la vulve, chez les femmes, pendant la période mensturelle; de même dans les cas pathologiques, Hébra a remarqué des éruptions de toute nature : érythème, roséole, urticaire, se manifestant surtout sous l'influence d'émotions morales, de l'examen au spéculum, ou de toute autre cause occasionnelle.

Un fait de ce genre s'est produit tout dernièrement sous vos yeux, sur une malade de mon service. C'était une femme de 25 à 26 ans, qui était couchée au n° 39 de la salle Sainte-Geneviève. Elle était à l'hôpital depuis plusieurs mois, et était venue s'y faire traiter d'un phlegmon péri-utérin, occupant la base du ligament large du côté droit. Mais, ce phlegmon une fois guéri, il était resté une métrite chronique, qui, soit qu'elle l'eût précédé, soit qu'elle se fût développée sous son influence, a été infiniment plus rebelle. Pendant le cours d'un traitement, que je variai d'autant plus qu'il se montrait moins efficace, je prescrivis des affusions froides, et, alors qu'elle était soumise uniquement

(1) Hébra, *Wochenbl. der Ztschr der Ges. der aerzte zu Wien*, 1855.

à cette médication hydrothérapique fort simple, ne faisant usage d'aucune préparation iodurée, notre malade fut prise d'une urticulaire généralisée, un peu fébrile, qui se reproduisit journellement pendant près de deux septenaires, et nous força à interrompre momentanément le traitement hydrothérapique.

A diverses autres fois, j'ai vu apparaître des éruptions plus limitées et moins fugitives, qui paraissaient bien ne reconnaître d'autre cause que l'affection utérine, ou la débilitation qu'elle avait produite dans l'organisme. J'insiste sur ce point, parce que des pathologistes, fort estimés, renversant les termes de la question, comme cela a déjà été fait pour la chlorose, prétendent que, loin de provoquer le développement des éruptions cutanées dont il s'agit, la métrite chronique, ou du moins l'un de ses symptômes, l'ulcération, ne serait autre chose qu'une des nombreuses manifestations d'une diathèse particulière, l'herpétisme, qui déterminerait simultanément des éruptions de même nature, et sur la peau et sur les muqueuses, notamment sur celle de l'utérus.

Cette idée de rattacher les lésions élémentaires de la muqueuse utérine aux affections herpétiques est assez séduisante pour que j'aie tenu à m'enquérir avec soin de ce qu'elle peut avoir de fondé, et je crois, après une étude attentive et minutieuse de cette question, pouvoir être en droit de déclarer que cette prétendue identité ne repose que sur une similitude fort grossière. Il est bien certain que l'inflammation des follicules du col utérin peut, suivant le degré auquel elle est arrivée, rappeler l'aspect de l'herpès, de l'acné, ou même de l'eczéma, mais cela ne suffit pas pour faire admettre qu'il y a sur le col un acné, un herpès ou un eczéma

véritable. On y est d'autant moins autorisé, que si parfois les lésions cutanées et les lésions utérines se trouvent, par le fait d'une simple coïncidence, coexister sur le même sujet, ce n'est pas là le cas le plus ordinaire; et, lorsque ce cas se présente, la lésion utérine en est si peu influencée, au moins dans son aspect, qu'il serait absolument impossible de soupçonner la coïncidence de l'altération cutanée, d'après la seule inspection du museau de tanche.

Ce n'est pas à dire que chez les malades affectées à la fois de dartre et d'inflammation de l'utérus, l'influence diathésique qui a donné naissance à la maladie cutanée n'exerce aucune action sur l'affection utérine. — J'estime, au contraire, qu'elle joue un rôle important dans la production de la métrite chronique, et, par suite, de l'ulcération du col de l'utérus, en tant que cause prédisposante ; je reconnais, en outre, qu'elle imprime à la marche de la maladie un caractère plus lent et plus rebelle à la guérison, qui peut influer sur sa durée; j'admets enfin que la connais sance decette influence est indispensable pour diriger convenablement le traitement : mais ce que je conteste, c'est que les ulcérations développées sur les utérus chroniquement enflammés, de femmes affectées d'une diathèse quelconque, présentent un aspect particulier qui, d'après leur seule inspection, puisse permettre de reconnaître et de diagnostiquer cette diathèse, qu'elle soit herpétique, scrofuleuse ou autre.

Arrivons maintenant aux symptômes fournis par l'exploration directe de l'organe malade. Un signe sur lequel Aran insistait avec juste raison, c'est une certaine tension de la région hypogastrique, que l'on re-

trouve chez toutes les femmes affectées de métrite chronique, ou, pour mieux dire, d'une phlegmasie quelconque des organes génitaux internes. Cette tension de l'abdomen est due au développement de gaz intestinaux et dépend d'un léger degré de météorisme, bien plutôt que de l'augmentation de volume de l'organe utérin. Aussi, la percussion fait-elle constater plus souvent de la sonorité que de la matité dans ce point, car les intestins, distendus par des gaz, ne permettent pas de reconnaître ainsi l'augmentation de volume de l'utérus enflammé. Cependant on y parvient quelquefois, et vous vous rappelez que, chez notre première malade, nous avons trouvé à la percussion une matité étendue de deux travers de doigt au-dessus du pubis ; cette matité était due à la présence du corps de l'utérus, augmenté de volume et fortement incliné en avant, comme cela arrive fort souvent, et, comme la palpation hypogastrique, combinée avec le toucher vaginal, permet de le reconnaître plus facilement encore que la percussion.

A la palpation, la paroi abdominale présente dans le même point une température un peu plus élevée qu'à l'état normal. La pression que l'on exerce avec la main sur la paroi abdominale peut déterminer de la douleur, mais c'est un signe qui n'est pas constant.

Le toucher est, de tous les moyens d'exploration, celui qui nous donne les renseignements les plus précieux et les plus exacts, et il me paraît absolument impossible d'établir le diagnostic de la métrite chronique si on n'y a pas recours. Il n'offre du reste aucun inconvénient, et je ne sais en vérité, quoique cela ait été dit et imprimé, où l'on pourrait trouver des malades,

chez lesquelles il serait rendu assez douloureux, par le fait seul de la métrite *chronique*, pour qu'on se trouvât forcé de s'en abstenir. Vous avez vu que chez nos deux malades, il n'a développé aucune douleur, et vous n'avez pas oublié que, même dans les cas de métrite aiguë dont je vous ai entretenu précédemment, il n'a éveillé, chez les femmes qui y ont été soumises, aucune plainte ni aucune souffrance. Vous le pratiquerez avec toutes les précautions que j'ai eu soin de vous indiquer au commencement de ces Leçons (1), et vous verrez qu'il vous permettra de constater des changements importants à connaître. Ainsi, vous trouverez toujours, comme chez nos deux malades, le col plus gros, plus volumineux qu'à l'état normal ; souvent aussi il sera plus bas, mais d'autres fois il se trouvera plus élevé du côté de la concavité du sacrum, par suite du mouvement de bascule qui, ayant porté le corps de l'utérus plus fortement encore en avant qu'il ne l'est à l'état normal, aura fait pivoter la matrice autour de son axe de suspension et remonter le col en arrière. Ce mouvement s'était exécuté en partie chez notre première malade, dont le col était plus élevé en arrière que celui de la seconde.

Outre les changements de volume et de direction dont je viens de vous parler, le toucher vaginal permet de constater sur le col utérin des déformations non moins importantes à connaître. — D'habitude il est plus saillant dans la cavité vaginale et, son extrémité inférieure étant plus tuméfiée que sa portion sus-vaginale, sa forme conique ou cylindro-conique à base

(1) Voy. p. 216 et suiv.

supérieure est remplacée par une forme conique à base inférieure, qui lui donne une certaine ressemblance avec un battant de cloche. Cette déformation ne peut être bien appréciée que par le toucher. D'autres fois, mais beaucoup plus rarement, au lieu de faire une saillie plus considérable dans le vagin, le col y proémine beaucoup moins qu'à l'état normal et paraît raccourci et même diminué de volume, plutôt que tuméfié ; cela n'a lieu que chez les femmes âgées, ou lorsque l'inflammation a affecté le corps de l'utérus plus particulièrement que le col et que les adhérences péritonéales le maintiennent fixé à la partie supérieure de la cavité pelvienne.

L'orifice du col étant généralement entr'ouvert, surtout chez les femmes qui, comme nos deux malades, ont eu des enfants, on peut sentir les deux lèvres écartées l'une de l'autre et laissant entre elles un espace béant, dans lequel le doigt pénètre librement. Il n'est pas rare qu'une des deux lèvres soit plus saillante et plus tuméfiée que l'autre. — D'autres fois on trouve l'orifice fermé, mais on sent, plus marquées encore qu'à l'état normal, les saillies ou les bosselures résultant des déchirures produites par l'accouchement. Il importe de bien se rendre compte de la consistance de ces saillies ou de ces bosselures, qu'un doigt peu exercé pourrait confondre avec des productions cancéreuses; cette erreur aurait pu être facilement commise chez une de nos malades dont la lèvre antérieure, ayant été divisée en deux parties latérales, présentait de chaque côté un tubercule du volume d'une grosse cerise.

Le doigt promené sur la surface du col sent ces bosselures, plus molles, séparées par des lignes cicatri-

cielles fibreuses, plus résistantes, qui convergent toutes vers l'orifice externe où elles viennent se perdre.

Cette sensation, si différente de celle que donne à l'état normal la surface douce, onctueuse et polie du col utérin, n'est pas la seule que le doigt perçoive dans la métrite chronique. On trouve généralement cette surface plus âpre, plus rugueuse au toucher, comme si elle était dépolie. C'est ce qui arrive lorsque les follicules et les papilles enflammés commencent à se tuméfier pour former les granulations ; alors la sensation fournie par le toucher est comparable à celle que l'on éprouverait en promenant l'extrémité du doigt sur un velours d'Utrecht, coupé ras; cette sensation s'accentue davantage lorsque les follicules commencent à s'ulcérer, la surface explorée est alors mollasse sous le doigt dont la pulpe s'y enfonce, comme dans un tissu spongieux, surtout si l'ulcération est un peu fongueuse.

Enfin, le toucher permet de reconnaître les saillies formées dans le vagin par les tumeurs folliculeuses développées sous l'influence de la métrite chronique et qui constituent souvent de véritables polypes muqueux. En s'insinuant entre les lèvres du col dont l'orifice est entr'ouvert, il peut également sentir, à l'intérieur de la cavité cervicale, les bosselures dues au développement des œufs de Naboth ; ces petits kystes, qui sont arrondis, globuleux, de volume variable depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un grain de raisin, sont toujours multiples; ils offrent une sensation particulière de rénitence sous le doigt qui les explore, et leur régularité, leur nombre, ne permettent pas de les confondre avec des tumeurs solides, comme les tumeurs fibreuses, par exemple. On peut, du reste, s'assurer

facilement de leur nature en les ponctionnant avec la pointe d'un trocart ou d'un bistouri, car alors ils se vident et s'affaissent, après avoir donné issue à un liquide visqueux et filant.

Il est assez fréquent de voir le doigt explorateur ramener une petite quantité de sang, provenant de la déchirure par le frottement des surfaces ulcérées ; ces petites hémorrhagies se produisent également pendant le coït.

Si, quittant la surface inférieure du museau de tanche, le doigt parcourt le fond du vagin et remonte le long de l'utérus, pour explorer le corps de l'organe, il trouve que, sauf les cas de complications, les tissus péri-utérins sont souples et les culs-de-sac vaginaux parfaitement libres et indolents. Mais le corps de l'utérus est, comme le col, plus volumineux qu'à l'état normal, ce dont on peut s'assurer en combinant le palper hypogastrique avec le toucher et le saisissant ainsi entre les deux mains. Il est en même temps plus lourd, quoique mobile, mais il est généralement douloureux à la pression, et nos deux malades vous fournissent la preuve que son inclinaison antérieure tend à s'exagérer, par suite de l'augmentation de son poids et à se transformer en véritable antéversion.

Les signes fournis par le cathétérisme utérin sont au moins aussi importants à recueillir que ceux qui sont donnés par le toucher, car ils varient suivant les phases et suivant les divers aspects de la maladie. En général, l'hystéromètre pénètre facilement dans un utérus chroniquement enflammé, et, comme, par suite de l'inflammation chronique, il y a à la fois augmentation de volume de l'organe et augmentation de son inclinaison naturelle en avant, il en résulte que l'hys-

téromètre pénètre à une plus grande profondeur, jusqu'à 7 à 8 centimètres et même plus (au lieu de 6 centimètres 1/4, qui est la dimension moyenne de l'utérus sain), et que cette pénétration se fait en portant fortement le manche de l'instrument en arrière, pour que le bec et la courbure soient, de leur côté, fortement dirigés en avant. Enfin, l'introduction est rendue d'autant plus facile que, généralement, les cavités et leurs orifices sont plus dilatés qu'à l'état sain. Mais il peut arriver que par le fait de la métrite chronique divers obstacles soient apportés à l'introduction de l'instrument. Il est rare que ces obstacles siègent à l'orifice externe ; cependant je vous ai déjà parlé de certains cas où, par suite d'adhérences cicatricielles, cet orifice est, sinon oblitéré, du moins assez rétréci pour que la sonde ne puisse pas pénétrer, et vous m'avez vu, il y a peu de jours, faire, avec le bistouri, deux petites incisions latérales, pour débrider un orifice externe du col dont le rétrécissement m'empêchait de pratiquer le cathétérisme. Dans ce cas il s'agissait bien d'une métrite chronique, car je ne retrouvai plus, au niveau de l'orifice interne, de coarctation semblable à celle qui m'avait un instant arrêté à l'orifice externe, et mon hystéromètre pénétra facilement jusqu'à une profondeur de près de 8 centimètres, témoignant de la tuméfaction de l'utérus.

Si les follicules du col sont tuméfiés de façon à former des œufs de Naboth, on sent des sursauts à mesure que l'hystéromètre pénètre dans la cavité cervicale ; mais je n'ai jamais vu cette tuméfaction suffire pour constituer un obstacle au cathétérisme, la cavité cervicale étant toujours, en pareil cas, plutôt dilatée que rétrécie.

De même que, à l'orifice externe, il peut se trouver, à

l'orifice interne, des lésions qui rendent le cathétérisme difficile ou impossible. Ce sont ou des adhérences résultant de la cicatrisation d'anciennes ulcérations, ou de toutes petites tumeurs, placées au pourtour de cet orifice et l'oblitérant tout à fait ou du moins obturant en partie son calibre.

Ces lésions dépendent de la métrite chronique et, puisqu'elles peuvent arrêter la sonde, tout en posant en principe que le cathétérisme est généralement libre et facile dans la métrite chronique, on ne doit pas considérer cette règle comme tellement générale et absolue, qu'on se puisse croire autorisé à ne pas reconnaître une métrite chronique par cela seul que la sonde se trouverait arrêtée au niveau de l'orifice interne.

L'obstacle qui, en cas pareil, s'oppose à l'introduction de la sonde est quelquefois tel qu'il empêche même la sortie des mucosités et du sang, qui s'accumulent dans la cavité utérine. Lorsqu'il en est ainsi, l'évacuation de ces liquides se fait dès que la sonde a pénétré et alors même qu'on se serait servi d'une tige pleine ; mais elle a lieu bien plus facilement, et à plus forte raison, si l'on a fait usage d'une sonde creuse. Lorsqu'on introduit ainsi la sonde dans une cavité qui a été distendue, on reconnaît aisément cette distension non seulement à la plus grande profondeur à laquelle pénètre le cathéter, mais surtout à la facilité avec laquelle il se meut dans la cavité dilatée, pouvant être, malgré sa courbure, retourné dans tous les sens sans heurter les parois.

Ici se pose la question de savoir si les diverses altérations, que je vous ai montrées comme caractérisant l'inflammation de la muqueuse qui tapisse la cavité

du corps de l'utérus, peuvent être reconnues avec la sonde. Et je suis obligé de vous répondre que pour moi cette question reste encore insoluble. Aran a déjà fait justice de cette prétention émise par Récamier et ses adeptes de reconnaître avec la curette, qui n'est en définitive qu'une variété de sonde intra-utérine, les fongosités qui se développent sur la muqueuse et qui, vous vous le rappelez, affectent comme siège de prédilection les cornes de l'utérus au niveau des orifices des trompes. Je ne puis qu'adhérer au jugement porté par un observateur aussi compétent, et, tout en me croyant autorisé à reconnaître, d'après un ensemble de signes que je vous ai exposés, si la muqueuse du corps de l'utérus est enflammée, je me déclare incapable de décider si elle est le siège d'une végétation, plutôt que d'une ulcération ou d'un simple épaississement. Dans tous ces cas divers la sonde qui a servi à l'exploration revient de la cavité teinte de sang, ce qui n'a pas lieu si la muqueuse est parfaitement saine et si le parenchyme seul est enflammé.

L'application du spéculum n'est pas aussi douloureuse que paraît le craindre M. de Scanzoni, mais elle doit cependant être faite avec certaines précautions que vous connaissez parfaitement. Elle permet de constater l'augmentation de volume, révélée par le toucher, et de la mesurer, avec la pince faisant compas d'épaisseur. Vous avez vu, d'après les exemples que je vous ai donnés, dans quelles limites cette augmentation peut varier. Mais, ce qui est le plus remarquable, c'est que, comme l'ont constaté MM. Boys de Loury et Costilhes (1), la tuméfaction, due à l'inflammation, a

(1) Boys de Loury et Costilhes, *Gazette médicale*, 1845.

pour effet d'augmenter le diamètre antéro-postérieur du col dans une proportion plus considérable que le diamètre transversal. Il en résulte que le col utérin des femmes multipares, qui, à l'état normal, est un peu aplati d'avant en arrière, devient à peu près cylindrique, et que son orifice prend une forme plus arrondie. Tantôt le col, mis à nu au fond du spéculum, a une couleur pâle, qui correspond, comme nous l'avons vu, au second degré de la métrite chronique ; tantôt, il offre une coloration violacée, qu'on observe dans le premier degré ; tantôt enfin, comme chez notre seconde malade, il présente des marbrures rappelant ces deux colorations. On voit aussi alors des ulcérations variables en nombre et en étendue, offrant l'aspect que je vous ai décrit en traitant de l'anatomie pathologique (1).

Suivant la façon dont le spéculum sera appliqué, on découvrira une plus ou moins grande étendue du col et l'on ouvrira ou l'on fermera son orifice, ce qui permettra de suivre plus ou moins loin les lésions de la muqueuse, jusque dans l'intérieur de la cavité cervicale. Il est certain qu'avec un spéculum plein on ne voit que la surface externe du col, tandis qu'avec le spéculum bivalve de Ricord, dont je me sers habituellement, non seulement on peut, mais on doit — et c'est là, selon moi, ce qui constitue la supériorité de cet instrument, — écarter les lèvres du col, de façon à faire pénétrer le regard aussi loin que possible dans sa cavité. Lorsqu'on agit ainsi, en ayant parfaitement conscience de ce que l'on fait, et en sachant que l'on peut, à volonté, ouvrir et fermer cet orifice du col, —

(1) Voy. p. 574 et suiv.

suivant qu'on appuie plus fortement sur l'extrémité de l'instrument en écartant largement ses valves, ou suivant qu'on le retire un peu en laissant les valves se rapprocher, — on parvient facilement à se convaincre que ces ulcérations respectent rarement l'ouverture de l'orifice externe, et que le plus souvent elles siègent à la fois, et sur la surface extérieure du museau de tanche, et à l'intérieur de la cavité cervicale. M. Mayer (1) a donc grand tort de dire que l'on prend souvent la coloration rouge de la muqueuse cervicale pour des ulcérations, car cette muqueuse a normalement une coloration pâle et rosée qui ne permet pas de la confondre avec une surface ulcérée. De son côté, Aran a eu tort de prétendre que 99 fois sur 100 l'ulcération du col reste limitée à sa surface extérieure et ne s'étend pas à sa cavité.

Quant à l'aspect des surfaces ulcérées, je n'ai rien à ajouter à ce que je vous en ai dit à propos de l'anatomie pathologique, puisque je vous ai prévenus alors que mes descriptions étaient prises sur le vivant, bien plus encore que sur le cadavre.

Les tumeurs, pédiculées ou non, qui sont formées sur le col ou qui proviennent de la cavité cervico-utérine, sont également perçues par l'examen au spéculum, qui permet de connaître leur forme, leur aspect, leurs dimensions, et surtout de préciser leur point d'implantation. Toutes circonstances que nous aurons à étudier avec détails quand nous nous occuperons du diagnostic.

Le spéculum permet aussi de constater une rougeur plus ou moins marquée de la muqueuse vaginale, dont l'inflammation est tantôt conséquence, tantôt cause de

(1) Mayer, *Klinische Mittheilungen*.

l'affection utérine. Le vagin est seulement rouge, hérissé de papilles et encore cela est-il rare, mais jamais il ne présente d'ulcération. Ses parois sont baignées par le liquide des écoulements, dont la nature et la source ne peuvent être bien étudiées que sur place, au moyen du spéculum, et non sur le linge de la malade, où il se trouve mélangé à trop d'excrétions diverses.

Ce liquide présente des caractères différents suivant qu'il a été sécrété par les parois du vagin dans la cavité duquel on le rencontre, ou qu'il provient de l'une ou de l'autre des cavités utérines.

L'écoulement vaginal est blanchâtre, lactescent, toujours acide et contenant de nombreuses cellules épithéliales. On y trouve, dans certains cas, le *trichomonas vaginalis* dont je vous ai déjà parlé à propos de la vaginite (1) ; il ne se rencontre que dans le liquide vaginal, et on ne l'a jamais trouvé dans les sécrétions morbides recueillies directement à l'intérieur des cavités utérines, col ou corps. Le liquide vaginal, plus abondant à l'époque de la menstruation, est aqueux, les jours qui précèdent, et rougeâtre, mêlé de globules sanguins, les jours qui suivent. Lorsqu'il n'est pas acide, ce qui est fort rare, il est neutre, mais jamais il ne présente la réaction alcaline ; quelquefois il est mélangé de pus.

Le liquide fourni par la cavité du col est toujours visqueux, très épais, et cette vicosité le distingue facilement du précédent. Sa réaction est alcaline; et, lorsqu'il arrive dans le vagin, il prend — par suite de la réaction résultant de son contact avec le liquide acide contenu dans ce conduit — la teinte blanchâtre de l'albumine

(1) Voyez fig. 85, p. 360.

qui se coagule. Il contient des corpuscules muqueux.

Le produit de sécrétion provenant de la cavité du col, quand il n'a subi aucun mélange, est transparent comme du blanc d'œuf; il est fourni par les follicules du col ; c'est lui qui forme le bouchon albumineux qu'on observe dans la grossesse. Il s'y mêle quelquefois du pus, provenant des ulcérations soit de la muqueuse qui tapisse la cavité du col, soit de la muqueuse qui tapisse la cavité du corps.

On voit, en effet, quelquefois aussi sortir par l'orifice du col un liquide plus ténu que le précédent et qui ne provient pas comme lui de la cavité du col, mais de celle du corps ; ce liquide est généralement mêlé de pus lorsqu'il est recueilli sur le vivant, dans les cas de métrite interne. C'est ce qui n'a pas permis, comme pour les deux précédents, de déterminer exactement sa composition histologique à l'état normal. On n'a même que fort incomplètement décrit les caractères de ce liquide dans les cas morbides, parce qu'il n'arrive pas à l'état de pureté dans le vagin, et qu'avant d'y parvenir, il se trouve toujours mélangé avec des produits de sécrétion provenant de la muqueuse du col. J'ai eu cependant occasion d'en recueillir plusieurs fois des quantités assez notables pour pouvoir l'examiner, chez des femmes chez lesquelles je pratiquais des injections intra-utérines, pour des inflammations de la cavité utérine, et je vous en ai fait connaître la composition, à propos de la métrite interne (1).

Les produits qui constituent cet écoulement à l'état normal doivent emprunter leur formation à des maté-

(1) Voy. p. 491.

riaux nutritifs importants, car plus le liquide fourni par la muqueuse de la cavité du corps de l'utérus est abondant, plus l'état chloro-anémique s'accentue; par suite la malade s'affaiblit davantage et les troubles survenus dans les grandes fonctions sont de plus en plus marqués.

Comme conséquence de l'écoulement des divers liquides qui s'échappent du vagin dans la métrite chronique, il survient de l'irritation à la vulve, aux grandes lèvres et quelquefois à la partie supérieure des cuisses. La démangeaison qui survient alors s'explique tout naturellement par la présence de cette irritation cutanée, mais souvent la démangeaison se produit, comme je vous l'ai déjà dit, sans irritation cutanée apparente (1). Elle est plus fréquente chez les femmes âgées que chez celles qui sont encore jeunes.

Du côté de la vessie et du rectum, on observe les phénomènes qui résultent ordinairement de la compression de ces organes et que je vous ai indiqués en vous parlant de la métrite parenchymateuse aiguë.

L'état des urines a été très bien étudié par Bennet (2) et par Aran (3). Elles sont un peu bourbeuses, chargées de sels, même avant qu'il y ait trace d'inflammation de la vessie. C'est ce qui avait lieu chez la première malade dont je vous ai rapporté l'histoire. Ces sels deviendraient cause par une réaction subséquente de l'inflammation de la muqueuse vésicale.

Les symptômes habituels de la métrite chronique peuvent être sensiblement modifiés par la présence de

(1) Voy. p. 603.
(2) Bennet, *Inflammation de l'utérus*, Trad. Aran, 1850, p. 90.
(3) Aran, *Maladies de l'utérus*. 1858-1860, p. 134, 438.

certaines complications qu'il importe de savoir parfaitement reconnaître. Mais il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le désirer de bien préciser la part d'influence qui revient soit à la maladie principale, soit à la complication, dans l'évolution des symptômes morbides observés dans chaque cas.

Si rien n'empêche d'admettre qu'une maladie quelconque puisse se produire chez un sujet affecté de métrite chronique, il n'en est pas moins vrai que le plus grand nombre de ces maladies n'ont aucune corrélation directe avec l'affection utérine et qu'elles ne peuvent en recevoir d'autre influence que celle résultant de l'affaiblissement du sujet, qui rend la guérison plus difficile et la convalescence plus laborieuse. C'est à ce point de vue seulement que doivent être envisagées les complications diathésiques, dont je vous ai déjà entretenus et sur lesquelles j'aurai occasion de revenir quand je vous parlerai du diagnostic et de la marche de la maladie. Ce ne sont pas là les complications dont nous devons nous occuper en ce moment.

Pour des motifs d'un autre ordre, je ne m'arrêterai pas davantage sur les maladies qui sont liées d'une façon tellement étroite avec l'inflammation chronique de la matrice qu'elles peuvent en être considérées comme la conséquence en quelque sorte nécessaire et forcée, car, à ce titre, elles trouvent leur place naturelle non pas dans le chapitre des complications proprement dites, mais bien dans celui des symptômes. De ce nombre sont la phlegmasie de la vessie ou du rectum dont je vous ai expliqué avec détails le mode de formation; la dyspepsie et les troubles digestifs, la chlorose qui en est la conséquence; les névralgies di-

verses et plus principalement les névralgies lombo-abdominales qui leur succèdent; tous états morbides qui font partie intégrante de la symptomatologie de la métrite chronique.

Il n'en est pas absolument de même de certains autres troubles morbides, dont il me reste à vous parler et qui, s'ils ont une liaison intime avec la métrite chronique, ne sont pas tellement sous sa dépendance, qu'ils ne puissent se manifester en dehors d'elle et surtout qu'ils doivent se produire dans tous les cas où elle existe.

Au premier rang de ces complications figurent les phlegmasies péri-utérines, les déviations de la matrice et certains états diathésiques que, suivant le point de vue trop exclusif auquel ils se placent, les auteurs considèrent, le uns comme étant toujours la cause, les autres comme devenant inévitablement la conséquence de la métrite chronique.

A. En ce qui concerne les phlegmasies péri-utérines qui comprennent, tantôt réunis, tantôt isolés, les phlegmons du tissu cellulaire péri-utérin, l'ovarite, l'inflammation de la trompe et même celle d'une portion du péritoine pelvien ou des ganglions lymphatiques environnants, l'examen anatomique lui-même ne dissipe pas toujours les incertitudes. Ainsi, j'ai eu souvent occasion d'examiner des pièces d'anatomie pathologique sur lesquelles les tissus étaient enflammés : l'utérus, les trompes, les ovaires, le tissu cellulaire, le péritoine, étant tous atteints sans qu'il fût possible de déterminer par quel point le travail morbide avait débuté. C'est à la marche de la maladie, c'est à la clinique qu'il faut demander la solution de cette question, et ce qui semble ressortir de l'étude attentive des faits

cliniques, c'est que la métrite peut être, selon les cas, primitive ou consécutive; qu'elle est compliquée dans certains cas par l'inflammation des tissus voisins et que, dans d'autres, c'est elle-même qui vient compliquer cette inflammation.

Lorsqu'on assiste au début de la maladie, il est facile de voir le mouvement inflammatoire débuter dans un point et se propager ensuite, par voisinage, soit de la matrice aux tissus voisins, soit de ces tissus au parenchyme utérin. Parfois il arrive que l'inflammation se dissipe au point où elle a pris naissance, pour persister dans celui qu'elle a envahi secondairement, et alors on peut voir une phlegmasie péri-utérine se perpétuer chez une malade qui avait été primitivement atteinte de métrite, cette dernière ayant en grande partie disparu; et réciproquement, ce qui est plus fréquent, la métrite chronique persister seule chez une femme qui n'avait eu d'abord qu'une phlegmasie péri-utérine. J'ai pu vous montrer, il y a fort peu de temps, deux malades qui se trouvaient en même temps dans nos salles, et qui nous présentaient chacune une de ces variétés de marche de l'inflammation. Je ne veux pas allonger outre mesure cette Leçon en vous rapportant l'histoire détaillée de chacun de ces deux faits; il me suffit de vous rappeler que chez l'une des malades il y avait eu, au début, une simple métrite, dans le cours de laquelle s'était développé un phlegmon péri-utérin, situé en arrière et un peu à gauche du col, et que la métrite s'était sinon complètement guérie, du moins considérablement amendée, tandis que le phlegmon se perpétuait en prenant une marche chronique. Chez

l'autre malade, deux phlegmons ayant occupé successivement la base des deux ligaments larges avaient disparu, laissant à leur suite une métrite parenchymateuse chronique des plus rebelles que j'aie rencontrées. Cette femme est revenue à différentes reprises dans le service, et il ne se passera pas un trop long temps sans que vous la revoyiez à nos consultations.

Chacun de ces états morbides se reconnaît aux signes qui lui sont propres et, lorsqu'ils coexistent, il n'y a, au point de vue thérapeutique, qu'un médiocre intérêt à rechercher quel est celui qui a précédé, car le traitement est à peu près le même dans les différents cas; disons cependant que les inflammations péri-utérines devront être plus vigoureusement attaquées par les émissions sanguines que la simple métrite.

B.. A propos des déplacements de l'utérus, je n'insisterai pas sur l'abaissement, dont l'importance n'est pas considérable, et je ne m'arrêterai qu'aux flexions et aux versions de la matrice.

Ici se représente la question que nous venons d'agiter à propos des phlegmasies péri-utérines. Des deux maladies coïncidentes, laquelle est primitive? laquelle est consécutive? Seulement la question est infiniment plus intéressante à résoudre au point de vue thérapeutique; car, s'il est bien prouvé que le déplacement s'est produit uniquement sous l'influence du travail inflammatoire, vous serez fondés à espérer le voir disparaître en même temps que la phlegmasie, et vous n'entreprendrez pas de le redresser par les moyens mécaniques; tandis que, par contre, ces moyens trouveront un emploi utile dans les cas où l'utérus ne sera devenu le siège d'une inflammation chronique qu'à la

suite de la déviation, qui aura changé ses conditions de vitalité et modifié profondément la circulation sanguine dans les divers segments qui le composent.

C. Je ne m'arrêterai ni sur le cancer, ni sur les tumeurs, fibreuses ou autres, dont l'utérus peut être affecté en même temps que d'inflammation chronique; car, lorsqu'il en est ainsi, la métrite est la complication, et son rôle s'efface devant la maladie principale.

D. Au nombre des complications les plus habituelles de la métrite chronique Aran (1) a cru devoir ranger la lithiase urineuse ou même bilieuse et la gravelle urique; mais M. Willemin (2) fait remarquer avec beaucoup de raison que ces accidents sont la conséquence du repos auquel sont astreintes les femmes affectées de maladies chroniques des organes génitaux, bien plutôt que de la métrite elle-même. Cette explication me paraît d'autant plus plausible que, tout en reconnaissant l'influence exercée par la métrite chronique sur la composition des urines, influence que je vous signalais il y a un instant, je n'ai jamais vu ces légers troubles prendre les proportions d'une complication inquiétante. Si mes malades sont préservées d'accidents qui étaient autrefois si fréquents, ce doit être tout simplement parce que, au lieu de les laisser étendues pendant des mois entiers sur une chaise longue, comme le faisait Lisfranc, je leur permets l'exercice dans une certaine mesure.

(1) Aran, *Maladies de l'utérus*, 1858-60, p. 518.
(2) Willemin, *De l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus*. Paris, 1857.

XV

METRITE CHRONIQUE

(SUITE)

DIAGNOSTIC. — ÉTIOLOGIE. — MARCHE.

DIAGNOSTIC : 1° Avec les maladies étrangères au système génital — La phthisie. — Les maladies du cœur. — La chlorose. — L'hystérie. — Les névralgies. — Les affections intestinales. — 2° Avec les maladies des organes voisins. — Cystite. — Rectite. — Ovarite. — Phlegmon péri-utérin. — 3° Avec les autres maladies de l'utérus. — Déviations. — Tumeurs fibreuses. — Cancer. — 4° Avec certains états physiologiques de l'utérus. — Congestion menstruelle. — Grossesse. — Arrêt dans l'involution rétrograde après l'accouchement. — 5° Diagnostic des variétés et de chacune des lésions anatomiques. — Les deux périodes de la métrite chronique. — Les ulcérations inflammatoires et spécifiques. — Hydrométrie et hématométrie. — Atrésie et oblitération des orifices utérins. — Les végétations et les polypes muqueux.

ÉTIOLOGIE. 1° Causes prédisposantes. — Saisons. — Climats. — Aliments. — Vêtements. — Tempéraments. — Age. — 2° Causes déterminantes. — Accouchements. — Avortements. — Coït. — Fatigues. — Traumatismes portant directement sur l'utérus. — Maladies du cœur. — Maladies des organes voisins. — 3° Causes incertaines. — Tuberculisation pulmonaire. — Diathèse herpétique. — Syphilis.

MARCHE. — Durée. — Terminaisons.

MESSIEURS,

Je vous ai, dans la précédente Leçon, assez longuement énuméré les symptômes propres à la métrite

chronique, pour que vous puissiez, désormais, reconnaître cette maladie, lorsqu'elle se présentera à votre observation. Il serait donc superflu de vous rappeler maintenant les signes qui la caractérisent; mais beaucoup de ces signes étant communs avec un certain nombre d'états, ou morbides, ou même simplement physiologiques, avec lesquels elle pourrait être confondue, il est essentiel que je vous indique comment vous pourrez l'en distinguer, et que je pose devant vous les bases du diagnostic différentiel.

On peut confondre la métrite chronique, soit avec des affections qui, par leurs lésions anatomiques ou par leur siège, n'ont aucun point de contact avec l'utérus; soit avec des maladies des organes voisins; soit avec d'autres affections utérines; soit enfin avec de simples modifications physiologiques des organes génitaux internes. J'examinerai successivement chacun de ces quatre cas particuliers.

I. Au premier rang des maladies étrangères au système génital, qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, figure la phthisie pulmonaire; puis viennent les maladies du cœur, la chlorose, l'hystérie, des névralgies diverses; enfin la gastralgie, la dyspepsie et les affections intestinales. L'erreur ne consiste pas habituellement à prendre une de ces maladies pour une métrite chronique; c'est généralement l'inverse qui a lieu, et j'ai vu souvent des praticiens fort distingués attribuer à l'une ou à l'autre des maladies que je viens d'énumérer des symptômes dépendant exclusivement d'une affection utérine, qu'ils avaient méconnue.

L'écueil n'est, du reste, pas toujours aussi facile à

éviter qu'on pourrait être tenté de le croire; car, si l'exploration directe de la matrice fournit un moyen irrévocable de trancher la question, quand il n'y a ni coïncidence ni complication, vous ne devez pas oublier, Messieurs, qu'avant de faire cette exploration, il faut avoir de fortes présomptions de croire que là est le siège véritable de la maladie. Mais cette extrême réserve, que l'on doit toujours apporter lorsqu'il s'agit de procéder à l'examen des organes, ne doit jamais être poussée à ce point que l'on néglige de s'enquérir de la façon dont s'accomplissent les fonctions, et c'est malheureusement ce que l'on oublie trop souvent de faire. Cet oubli est la seule cause des erreurs de diagnostic dont je m'occupe en ce moment, et il est rendu d'autant plus facile que la malade, loin de nous mettre sur la voie, évite trop souvent d'attirer notre attention sur certains troubles, en apparence insignifiants pour elle, qui sont survenus dans ses fonctions génitales ou menstruelles, et la concentre tout entière sur d'autres symptômes d'un ordre tout différent.

Il suffit d'être prévenu pour ne pas se laisser induire en erreur : cependant on comprend qu'en présence d'une femme accusant seulement une toux persistante, avec de l'essoufflement et un amaigrissement notable, l'idée vienne, tout d'abord, de croire au début d'une phthisie pulmonaire, alors même qu'elle n'aurait pas eu la moindre hémoptysie. On se trouverait même tout naturellement porté à attribuer à cette phthisie commençante, un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant, s'accompagnant d'aménorrhée, ainsi que de certains troubles gastro-intestinaux, comme l'inappétence, les vomissements, la flatulence, qui pourraient

se produire en même temps. Mais, si l'examen de la poitrine, pratiqué avec soin, et à plusieurs reprises différentes, ne révèle aucune altération des organes thoraciques, il faudra bien chercher ailleurs la raison de ces troubles morbides.

Avant d'incriminer l'utérus, on songera peut-être à une maladie du cœur, et on s'y croira autorisé par les palpitations, l'anxiété précordiale, les souffles cardiaques et vasculaires auxquels ces malades sont si souvent sujettes. Mais, là encore, l'examen attentif de l'organe supposé malade ne permettra pas d'y reconnaître une altération suffisante, pour expliquer tous les symptômes observés. Il en sera de même, lorsqu'on procédera à l'exploration des voies digestives. C'est cette absence de lésions, dûment constatée, du côté des voies aériennes, circulatoires et digestives qui constituera la présomption indispensable pour justifier, à vos yeux, la nécessité d'une exploration des organes génitaux. En procédant à cette exploration, vous constaterez, en cas de métrite chronique, les changements de volume et de forme de l'utérus que je vous ai dit être la conséquence de cette maladie (1). C'est donc du rapprochement de ces deux faits : absence de lésions, ou signes négatifs du côté des autres organes, supposés malades ; lésions évidentes, ou signes positifs du côté de l'utérus, que vous devrez déduire le diagnostic différentiel de la métrite chronique et des affections autres que celles du système génital, avec lesquels certains symptômes généraux communs pourraient permettre de la confondre.

Il ne pourrait y avoir d'hésitation, à cet égard, que

(1) Voy. p. 562.

si, comme cela arrive quelquefois, il y avait coïncidence d'une de ces maladies avec la métrite chronique. Néanmoins, et alors même que la présence d'une lésion pulmonaire, cardiaque ou gastro-intestinale aurait paru suffisante pour expliquer la plupart des symptômes observés et aurait empêché de songer à l'existence d'une métrite chronique intercurrente, l'attention, un instant détournée, ne tarderait pas à être ramenée du côté des organes génitaux, par la persistance ou la prédominance de certains troubles utérins, particulièrement des irradiations douloureuses, qui ont leur point de départ autour du bassin.

En ce qui concerne la chlorose et la dyspepsie, comme elles sont la conséquence à peu près inévitable de la métrite chronique, on doit toujours, lorsqu'elles résistent opiniâtrément à un traitement convenablement institué, s'inquiéter de chercher si elles ne dépendent pas de cette cause. J'en dirai autant des troubles nerveux, hystériformes ou autres, et des névralgies, principalement de celles qui affectent les nerfs lombo-abdominaux; leur apparition doit faire soupçonner une maladie des organes génitaux internes; leur persistance, confirmant ce soupçon, non seulement justifie, mais même commande l'exploration de l'utérus, comme seul moyen d'établir si elles sont, ou non, symptomatiques d'une métrite chronique.

Dans quelques cas, la rachialgie due à la métrite chronique pourrait faire croire au début d'un mal de Pott, mais le plus léger examen suffirait pour faire éviter toute erreur dans ce sens.

II. S'il s'agissait d'une maladie intéressant un des

organes voisins de l'utérus, cette exploration serait complètement indispensable, car elle seule pourrait permettre de faire constater la présence des signes sans lesquels il est impossible de baser un diagnostic différentiel.

Ainsi, dans l'inflammation de la vessie ou du rectum, qui sont si souvent symptomatiques d'une affection utérine, on ne trouvera pas, si elles existent à l'état de maladies indépendantes, l'augmentation de volume de l'utérus, les déformations du col, les ulcérations qui se rencontrent dans la métrite.

Dans les maladies des ovaires, des trompes, du tissu cellulaire péri-utérin, du péritoine pelvien, qui donnent lieu à un appareil symptomatique semblable à celui de la métrite chronique, on constatera, à moins de complications, la même intégrité de l'organe utérin; et, de plus, le toucher révèlera la présence de tumeurs diverses, solides ou fluctuantes, situées au voisinage de l'utérus. Le moment n'est pas venu de vous décrire ces différentes espèces de tumeurs et de vous indiquer les caractères qui permettent de les distinguer les unes des autres. Il suffit, dans le cas qui nous occupe, de reconnaître leur présence pour acquérir la certitude que l'on n'a pas affaire à une métrite chronique *simple;* car si la métrite existe alors, ce n'est plus qu'à titre de complication.

III. Des tumeurs analogues, au moins quant aux sensations qu'elles fournissent pendant l'exploration par le toucher, peuvent être formées par le corps de l'utérus lui-même, lorsque ce dernier est dévié de la position normale qu'il doit occuper, et se trouve ou renversé complètement, ou simplement fléchi sur le col.

Ces tumeurs formées par le corps de l'utérus en état de déviation (version ou flexion) peuvent être facilement confondues avec les tumeurs péri-utérines dont je viens de parler, et le cathétérisme utérin est le seul moyen qui permette de les en distinguer. L'hystéromètre entrera librement, en suivant la direction normale de l'utérus, s'il s'agit d'une affection péri-utérine; il ne pénétrera au contraire qu'à la condition de tourner sa concavité du côté de la tumeur s'il s'agit d'une déviation utérine (1), et, dans un cas comme dans l'autre, vous reconnaîtrez que vous n'avez pas affaire à une métrite chronique simple. Car vous n'avez pas oublié que dans la métrite chronique l'utérus est toujours affecté dans son ensemble et que jamais on ne rencontre de ces épaississements, de ces engorgements partiels qui étaient admis par quelques-uns de nos prédécesseurs (2) et qui, s'ils existaient, pourraient donner lieu à la production de tumeurs susceptibles d'être confondues avec celles qui sont formées par les phlegmons péri-utérins ou par les flexions de la matrice.

Si donc la métrite se présentait toujours à l'état isolé, la question du diagnostic différentiel, qui nous occupe actuellement, serait aussi simple que facile à résoudre. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et, dans la pratique, on rencontre fort souvent, soit la phlegmasie péri-utérine, soit la déviation existant concurremment avec la métrite chronique. Lorsqu'il en est ainsi, il devient assez difficile de faire la part qui revient à chacun de ces deux états morbides dans l'ensemble des symptômes observés. Cependant, tout en

(1) Voir p. 303.
(2) Voir p. 439 et 564.

tenant compte de ce que je vous ai dit à ce sujet en vous parlant des complications, vous pouvez, — même dans le cas où elle coexiste soit avec une phlegmasie péri-utérine, soit avec une déviation de l'utérus, — reconnaître la métrite chronique, surtout à l'augmentation de volume et de poids de l'organe, aux écoulements fournis par sa muqueuse, aux ulcérations dont elle peut être le siège, enfin à la douleur que développe la pression exercée sur son tissu.

Cela fait, les commémoratifs vous aideront ensuite à déterminer si la métrite chronique, se présentant ainsi à l'état de complication, est primitive ou secondaire.

Les tumeurs fibreuses et le cancer utérin sont des affections qu'il importe de savoir distinguer de la métrite chronique, dont les rapprochent de nombreux symptômes communs. En ce qui concerne les tumeurs fibreuses, cette distinction est d'autant plus utile à établir, en temps opportun, qu'elles sollicitent toujours une inflammation plus ou moins étendue du tissu utérin et de sa muqueuse, et que, par suite des déformations qu'elles impriment à cet organe, elles peuvent être souvent confondues avec les déviations utérines, principalement avec les flexions. Je me propose de traiter devant vous, avec toute l'étendue qu'il comporte, ce point de diagnostic différentiel ; mais je crois qu'il sera mieux placé au moment où je vous aurai fait connaître les symptômes caractéristiques des deux maladies qu'il s'agit de reconnaître, et je réserve ce que j'ai à vous en dire, pour le moment où je vous ferai l'histoire des tumeurs fibreuses et du cancer.

IV. Nous arrivons maintenant, Messieurs, à un

point de diagnostic beaucoup plus délicat et infiniment plus difficile à préciser, car il s'agit de distinguer la métrite chronique de certaines modifications physiologiques survenues dans l'utérus lui-même et qui, non seulement, lui font subir des changements de volume et de forme tout à fait analogues à ceux que lui imprime l'inflammation ; mais, de plus, s'accompagnent d'un ensemble de symptômes généraux qui contribuent, pour leur part, à augmenter la confusion.

Je ne m'arrête pas à la congestion sanguine des époques menstruelles, parce que, étant tout à fait transitoire, elle peut bien être prise pour une métrite aiguë, mais son peu de durée empêchera toujours de la confondre avec une métrite chronique. Je vous en ai du reste déjà parlé, à propos de la métrite simple parenchymateuse aiguë (1).

Mais, la grossesse commençante, l'état de tuméfaction dans lequel se trouve l'utérus à la suite de l'accouchement, peuvent souvent en imposer pour une métrite chronique.

Dans le cas de grossesse, trois questions doivent être résolues : 1° existe-t-il une grossesse simple? 2° existe-t-il une métrite simple? 3° n'a-t-on pas affaire à une grossesse développée dans un utérus chroniquement enflammé?

L'absence ou la diminution des règles, les nausées, les vomissements, les troubles digestifs sont aussi bien des symptômes de métrite chronique que des signes de grossesse. Il n'est pas jusqu'aux picotements des seins

(1) Voir p. 430.

et à leur gonflement, jusqu'à l'apparition des tubercules de Montgommery, qui ne puissent se rencontrer dans la métrite chronique, surtout chez les femmes qui ont eu des grossesses antérieures. Cependant, ce dernier signe (la coloration brunâtre de l'aréole du sein et le développement sur cette aréole des tubercules décrits par Montgommery) acquiert une valeur réelle, au point de vue du diagnostic, s'il s'agit d'une femme qui n'a pas encore conçu, et il établit alors une forte présomption en faveur du début de la grossesse.

L'examen direct de l'utérus, par la palpation abdominale et par le toucher vaginal, fait constater dans les deux cas une augmentation de volume qui, si elle est plus grande lorsque la grossesse est plus avancée, atteint cependant, dans quelques cas de métrite avec hydrométrie, des dimensions telles que l'on a vu des sujets chez lesquels le fond de l'utérus enflammé remontait jusqu'à l'ombilic. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et ordinairement le diagnostic n'offre de difficultés que quand le fond de la matrice ne dépasse pas le pubis, c'est-à-dire quand on n'a pas encore atteint la fin du troisième mois de la gestation. C'est à ce moment que l'on peut, s'il s'agit d'une grossesse, trouver un signe particulier, indiqué par M. Mattei, et désigné par lui sous le nom de *ballottement utérin*. Ce ballottement, plus lourd que le ballottement fœtal, serait produit par le déplacement et le choc en retour de l'utérus déplacé, sur le doigt explorateur. Mais ce signe me paraît bien infidèle, d'abord parce qu'il peut manquer même au début de la grossesse, et alors de son absence on n'est autorisé à induire aucune conclusion sérieuse; puis, s'il est cons-

taté, il n'est pas plus caractéristique de la métrite que de la grossesse, car il indique seulement un accroissement de volume de l'utérus et n'est nullement démonstratif de la présence du produit de la conception.

Il en est de même de la sensation particulière que donne, sous le doigt qui le déprime, le corps utérin dans l'état de gestation ; les accoucheurs ont beaucoup insisté sur la mollesse, sur la consistance particulière qu'offrirait alors la paroi utérine, consistance qu'ils ont comparée à celle d'un membre fortement œdématié, ou mieux encore à celle du caoutchouc un peu ramolli. Cette sensation me paraît bien difficile à distinguer de celle que fournit l'utérus enflammé, mollasse, gorgé de fluides, comme il l'est au début de la métrite chronique. — Dans la deuxième période lorsque la paroi utérine est devenue dure, résistante, ce signe peut acquérir une valeur diagnostique plus grande.

L'état du col pourra fournir quelques éléments de diagnostic, mais ce n'est pas dans son changement de longueur qu'il faudra les chercher ; nous savons parfaitement, en effet, comme l'a démontré M. Stoltz, de Strasbourg (1), que la longueur absolue du col reste invariable pendant la plus grande partie de la grossesse, et qu'il ne commence à s'effacer lentement que dans les derniers quinze jours de la gestation. Devrons-nous considérer le raccourcissement de la portion vaginale du col, auquel de Scanzoni (2) attribue une grande valeur, comme signe différentiel certain de la grossesse et de la métrite, chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants ? Mais, si la portion vaginale se raccourcit

(1) Stoltz. Thèse inaugurale, 1826.
(2) De Scanzoni, *Métrite chronique*. Paris, 1864.

par le fait du ramollissement qui envahit successivement le col de bas en haut, par une sorte de tassement, d'affaissement du tissu utérin, et de rapprochement des orifices, qui, chez les primipares, lui donne la forme de fuseau ; ce ramollissement ne commence à se produire d'une manière appréciable que vers le troisième mois, et ce n'est que vers le cinquième et même le sixième mois que le raccourcissement de la portion vaginale est sensible. Ne voit-on pas alors que le signe indiqué par de Scanzoni est illusoire, puisque le diagnostic entre la grossesse et la phlegmasie chronique de l'utérus n'est difficile que dans les trois premiers mois.

L'ulcération du col me paraît plus utile à considérer; on la rencontre, il est vrai, dans les deux états, mais dans la grossesse elle a une physionomie particulière ; elle est fongueuse, violacée, livide même, un peu saignante et cet aspect est souvent assez caractéristique pour permettre de soupçonner des grossesses commençantes, dont les malades elles-mêmes ignorent l'existence.

La difficulté de diagnostic entre la grossesse et la métrite chronique peut s'augmenter de cette circonstance que, dans certains cas d'inflammation de l'utérus, il y a atrésie ou oblitération des orifices du col et rétention de mucosités ou de sang dans l'intérieur de la cavité utérine; ce qui constitue soit l'*hydrométrie,* soit l'*hématométrie.* Ces deux états peuvent, par suite de la distension de l'utérus qu'elles occasionnent, donner à cet organe les dimensions qu'il aurait s'il était gravide. L'hystéromètre jugerait la question ; mais avec quelle réserve faut-il avoir recours au cathétérisme quand on

croit à une possibilité de grossesse ? Ce moyen d'exploration ne peut, en effet, nous rendre en pareil cas les services que nous serions en droit d'attendre, parce que, toutes les fois qu'il y a dans notre esprit le plus léger soupçon de grossesse, nous devons nous abstenir d'y avoir recours (1). En tout cas, et c'est là la règle de conduite la plus sage que je puisse vous tracer, toutes les fois que vous aurez des raisons de soupçonner l'existence d'une grossesse et que vous ne croirez pas avoir par devers vous un ensemble de renseignements suffisants pour vous permettre de vous prononcer d'une façon affirmative, réservez votre diagnostic et attendez quelques semaines. Le temps vous viendra en aide en vous permettant, en cas de grossesse, de constater une augmentation de volume de l'utérus, qui ne se produira pas, ni dans les mêmes proportions, ni d'une façon aussi régulière, s'il y a seulement une métrite.

Un symptôme auquel j'accorde une grande importance, c'est la douleur qu'éprouve la malade par suite de la pression exercée sur le corps de l'organe, cette douleur n'existe que dans un utérus enflammé, que cet utérus soit gravide ou non. Lorsqu'on trouvera ce signe, on pourra, dans la majorité des cas, conclure qu'il y a phlegmasie utérine, sauf à rechercher ensuite s'il y a ou non complication de grossesse.

Un autre état, qu'il faut également savoir distinguer de la métrite, c'est l'arrêt passager du retour de l'utérus à son volume normal, après l'accouchement. Mais là encore, s'il ne s'agit que d'un arrêt momentané, vous verrez, après quelques jours, l'utérus subir des

(1) Voyez p. 311.

changements de volume et de forme qui vous éclaireront; car il ne tardera pas à diminuer petit à petit de volume, pour revenir à son état normal. Quelquefois cependant cet arrêt est le début d'une inflammation, et l'utérus ne revient plus sur lui-même, parce que son involution physiologique est arrêtée par le travail morbide qui commence à se produire. Il importe que vous soyez bien prévenus de la façon dont les choses peuvent se passer alors, car vous pouvez par une intervention thérapeutique active, bien dirigée dès le début, vous opposer efficacement au développement d'une maladie qui, de sa nature, est extrêmement rebelle.

Je ne vous parle pas du diagnostic différentiel à établir entre la métrite chronique et ces états que l'on a décrits comme des maladies distinctes, quand ils ne sont, je vous l'ai démontré, que des symptômes communs à plusieurs maladies; ce sont l'aménorrhée, la dysménorrhée, la métrorrhagie, la leucorrhée qui se produisent pendant le cours de la métrite chronique, et ne suffisent pas pour la caractériser, pas plus qu'ils ne caractérisent les autres affections morbides dont ils peuvent également dépendre. Je les ai toujours vus, pour ma part, être liés soit à une affection générale comme la phthisie, la chlorose, pour l'aménorrhée; comme la chlorose ou les fièvres continues pour la métrorrhagie; soit à une maladie du système génital interne siégeant dans l'utérus, les ovaires ou les trompes; aussi ne suis-je en aucune façon disposé à admettre que l'un ou l'autre de ces symptômes puisse, à lui seul, constituer une maladie, car je n'ai jamais vu d'aménorrhée, de leucorrhée ni de métrorrhagie véritablement idiopathiques.

V. La métrite chronique une fois bien connue et distinguée, comme nous venons de le faire, des états divers avec lesquels elle peut être confondue, il reste à déterminer à quel degré, à quelle période de la maladie on peut avoir affaire. Il faut savoir reconnaître si l'affection siège plus particulièrement sur le col ou sur le corps; si, dans le cas où le col est plus spécialement affecté, il y a des ulcérations ; si ces ulcérations sont limitées au museau de tanche, ou se prolongent dans le canal cervico-utérin ; si ce dernier est libre ou oblitéré ; si le corps de l'utérus est augmenté de volume ou simplement dilaté par une accumulation de sang ou de mucosités retenues dans sa cavité, par une atrésie ou une oblitération quelconque siégeant sur le trajet du canal cervico-utérin ; si, par suite de l'inflammation, il s'est formé des végétations, polypiformes ou autres, qui peuvent modifier l'aspect et la forme de l'organe ; si enfin les ulcérations ou les végétations constatées sur le col sont de nature inflammatoire ou autre. Je vais examiner rapidement ces diverses questions et vous donner le moyen de les résoudre.

A. En premier lieu il faut distinguer, l'un de l'autre les deux degrés de la métrite chronique, l'infiltration sanguine et l'induration, et ce que vous savez déjà des caractères propres à chacun d'eux vous suffira pour vous permettre de les reconnaître. Vous avez vu, sur les différentes malades que je vous ai présentées, combien sont nets et tranchés les signes spéciaux à chacun de ces deux états pathologiques. Au premier degré, dans la période d'infiltration sanguine, l'utérus, tout en étant volumineux, donne sous le doigt une sensation de mollesse ; il se laisse assez facilement

déprimer, ou reployer dans les mouvements qu'on lui imprime ; sa surface est rouge, livide, souvent saignante ; les métrorrhagies sont assez fréquentes à cette époque de la maladie. Dans la seconde période, période d'induration ou d'anémie, tout en ayant encore des dimensions plus considérables qu'à l'état normal, l'utérus est moins volumineux ; mais une certaine dureté remplace la mollesse de la première période, et l'organe est alors plus lourd sur le doigt ; il ne se laisse plus replier ni déprimer ; sa surface présente des plaques jaunâtres ; s'il y a de la leucorrhée, il est rare que l'écoulement soit strié de sang, et la métrorrhagie disparaît pour faire place à l'aménorrhée ou à la dysménorrhée.

B. Quant à préciser si l'une des deux parties constituantes de l'organe, le parenchyme ou la muqueuse, est plus spécialement affectée que l'autre, deux signes surtout vous aideront à le faire. Dans la métrite parenchymateuse l'utérus est plus gros, plus lourd, plus volumineux ; les écoulements sont moins abondants. Si l'inflammation affecte plus spécialement la muqueuse, il y a, avec une tuméfaction moins grande de l'organe, des douleurs plus vives, une plus grande déperdition des forces due à l'abondance des pertes leucorrhéiques. Mais il n'en est ainsi que si la muqueuse de la cavité utérine est intéressée, et alors vous voyez se produire la série des symptômes propres à la métrite interne, que je vous ai déjà décrits (1).

C. Si les ulcérations sont limitées au col utérin, et surtout si elles n'affectent que la surface externe du museau de tanche, leur présence ne se révèlera pas

(1) Voy. p. 485.

habituellement au praticien par des symptômes généraux ; il n'y aura que l'examen local, par le toucher et le spéculum, qui pourra vous les faire reconnaître. Je n'ai pas à vous énumérer une seconde fois les signes qui leur sont propres, mais je ne saurais trop vous engager à vous habituer à les diagnostiquer par le toucher seul ; ce qui, avec un peu d'exercice, est assez facile et vous permettra d'éviter à vos malades l'application, toujours pénible pour elles, du spéculum, auquel vous n'aurez recours que quand, une ulcération ayant été reconnue par le toucher, il s'agira d'en bien préciser la nature et de lui appliquer un traitement topique.

Une ulcération du col de l'utérus étant donnée, le difficile n'est pas de la reconnaître, car, à défaut du toucher, le spéculum suffit toujours pour permettre de constater sa présence ; mais il faut encore déterminer sa nature, et bien établir si elle est d'origine inflammatoire et dépendant d'une métrite, ou si son développement est dû à une tout autre cause.

a. En dehors de l'inflammation, les seules maladies qui peuvent déterminer une ulcération du col de l'utérus sont la syphilis et le cancer.

Vous voyez que je persiste à refuser d'admettre que des ulcérations, ayant un caractère spécial, puissent se produire sous une autre influence diathésique quelconque, en dehors de l'inflammation, et que, notamment, je nie l'existence spécifique des ulcérations de nature herpétique.

Je ne conteste pas, sachez-le bien, que chez les femmes affectées d'une maladie de la peau les ulcérations du col utérin soient plus fréquentes que chez les autres, car il faudrait n'avoir aucune expérience pra-

tique pour ignorer que chez ces malades la marche de l'affection utérine est souvent influencée par celle de l'affection cutanée. — Mais il n'y a là rien autre chose qu'une simple prédisposition et non une identité de lésion. — Quand je vous parlerai de l'étiologie de la métrite chronique, je vous dirai la part qui revient aux diathèses, aussi bien à la diathèse tuberculeuse qu'à la diathèse herpétique, dans sa production ; — mais en ce moment où nous nous occupons de l'aspect des diverses ulcérations, des signes qui peuvent permettre de les différencier les unes des autres, je dis et je soutiens que ces signes sont nuls, absolument nuls, et que pas un seul praticien au monde ne pourra jamais, à la seule inspection d'un col utérin ulcéré, se permettre de se prononcer, avec quelque certitude, sur la question de savoir si la femme observée est en même temps affectée de tuberculose, de scrofules, d'eczéma, ou de toute autre éruption cutanée.

J'ai souvent étudié cette question avec la plus scrupuleuse attention, sur un grand nombre de malades, et je puis vous affirmer que, à ce point de vue, il n'y a entre elles aucune différence appréciable.

Je ne sache pas que d'autres aient été, à cet égard, beaucoup plus heureux ou plus habiles que moi, et, si je demande à M. Courty, par exemple, à quels signes il distingue les unes des autres les diverses espèces d'ulcérations qu'il admet, je trouve le savant professeur de Montpellier aussi embarrassé que je pourrais l'être moi-même. Faute de pouvoir indiquer des caractères nets et précis, qui, en réalité, n'existent pas, il en est réduit à nous dire que : « *Il n'est pas impossible de soupçonner, à l'inspection*

des surfaces malades, les différences de nature dont j'ai déjà parlé; ainsi les granulations de nature herpétique sont généralement externes, d'un rouge vif, peu saillantes; les granulations scrofuleuses occupent plus souvent que d'autres une seule lèvre, elles sont plus volumineuses, plus pâles; les granulations catarrhales, plus développées à l'intérieur qu'à l'extérieur du col, sont toujours recouvertes d'un écoulement muqueux plus ou moins opalin, consistant, etc.; les granulations fongueuses, fréquemment développées sur un ulcère préexistant, occupent souvent aussi la cavité du col; elles sont volumineuses, rouges, saignantes » (1). Je n'insiste pas, Messieurs, sur ce qu'il y a de vague dans l'énumération de ces prétendus signes distinctifs; car j'aime à croire que vous avez l'esprit trop positif pour pouvoir vous contenter de tous ces à peu près.

b. Si l'inflammation rend compte de toutes les ulcérations superficielles, le cancer, de son côté, peut revendiquer toutes celles qui sont plus profondes, et Aran me paraît avoir émis une assertion parfaitement conforme à la saine et rigoureuse appréciation des faits lorsqu'il a dit :

« *Je ne connais aucune autre altération que le cancer, à laquelle on puisse rapporter les ulcérations profondes du col. On a bien parlé d'ulcérations scorbutiques, d'ulcérations semblables à celles produites par le lupus, d'ulcérations phagédéniques du col de l'utérus; mais j'ai les plus grands doutes sur l'existence des lésions de ce genre,*

(1) Courty, *Traité des maladies de l'utérus*, 1re éd., p. 663 et 664.

l'histoire en ayant été recueillie à une époque où l'on n'était pas aussi fixé qu'aujourd'hui sur les caractères extérieurs et histologiques du cancer » (1).

c. Il ne me paraît pas qu'il doive être fait d'exception même pour les ulcérations tuberculeuses. Car, si la diathèse tuberculeuse crée une prédisposition manifeste à la métrite chronique et, par suite, à l'ulcération du col de l'utérus, je ne l'ai jamais vue imprimer un cachet particulier à celles de ces ulcérations qui se développent sous son influence : et il ne m'a jamais été donné d'observer un seul fait d'ulcère véritablement tuberculeux du col de l'utérus.

d. Nous nous occuperons plus tard des ulcérations cancéreuses, étudions maintenant les caractères de celles qui dépendent de la syphilis.

Le chancre mou se présente sur le col de l'utérus avec ses caractères habituels : c'est un petit ulcère à fond grisâtre, adhérent, et comme pseudo-membraneux, à bords frangés, irréguliers, taillés à pic, ayant une légère auréole à son pourtour. Les chancres mous sont ordinairement multiples ; ils restent le plus souvent isolés, indépendants les uns des autres, mais il leur arrive aussi, parfois, de se réunir, en vertu d'un travail ulcératif qui les fait s'étendre de proche en proche. Ils forment alors de vastes ulcérations qui

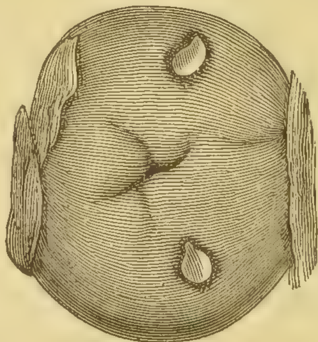


Fig. 111. — Chancres du col, d'après Becquerel.

(1) Aran, *Leçons sur les maladies de l'utérus*, p. 956.

peuvent devenir phagédéniques. Leur siège habituel, suivant Marjolin, n'est pas au sommet du museau de tanche, comme celui des ulcérations folliculeuses, ils se logent beaucoup plus souvent vers l'extrémité postérieure de ce segment de l'utérus, à la jonction du col avec le vagin ; et, il y a peu de temps, j'ai pu vous en montrer un qui occupait la base du col, du côté droit, au niveau de l'insertion du vagin.

Quant au chancre induré, ou ulcère primitif, on le rencontre assez rarement sur le col de l'utérus, où il ne se présente pas toujours avec les caractères qu'on lui trouve dans d'autres parties du corps. Il est la plupart du temps assez difficile à distinguer du chancre mou, car le plus souvent l'induration ne peut être perçue, quoique l'on sache cependant qu'elle peut se produire, puisque Ricord, dans un cas de prolapsus utérin, a eu l'occasion de la constater et de la sentir entre ses doigts.

Du reste, les ulcérations syphilitiques du col utérin perdent facilement, et en l'absence même de tout traitement, leurs caractères primitifs. On doit surtout à M. Gosselin (1) la connaissance de cette particularité. Elles présentent tantôt les caractères d'une ulcération simple, tantôt ceux d'une ulcération fongueuse et saignante, qui a été parfaitement bien décrite par M. Bernutz (2). On trouve alors à leur pourtour, et même sur leur surface, des élevures phlycténoïdes d'épithélium, qui se déchirent et laissent à découvert un ulcère un peu profond, à bords déchiquetés et taillés à pic. Ces

(1) Gosselin, *De la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin* (*Arch. gén. de méd.*, 1843, t. II, p. 128).

(2) Bernutz, *Des affections syphilitiques du col de l'utérus* (*Soc. médic. des hôpitaux* et *Union médicale*. Juin 1855).

ulcères sont étalés sur un utérus enflammé ; leur fond jaunâtre ou blanc grisâtre est parsemé de quelques points rouges et ils saignent facilement. Ces ulcères, qui ont bien quelques caractères communs avec l'ulcération simple, en diffèrent notablement par leur aspect général, et surtout par ce fond grisâtre ou jaunâtre qui se retrouve dans toutes les ulcérations syphilitiques du col, susceptibles d'être inoculées.

Les cas d'un diagnostic véritablement difficile ne sont pas ceux où l'on a affaire à un chancre simple, qui se distingue toujours sans peine d'une ulcération également simple, mais bien ces cas compliqués où l'inoculation syphilitique s'est effectuée sur un col utérin déjà ulcéré par l'inflammation, où le chancre a pour base et pour support une ulcération folliculeuse ou papillaire préexistante. C'est à ces faits que se rapportent les ulcérations molles, fongueuses, à fond grisâtre dont je viens de vous parler, et celles que Becquerel (1) a vues se produire au pourtour de l'orifice du col, en l'évidant, de façon à laisser après leur cicatrisation un infundibulum plus ou moins profond.

En ce qui concerne les accidents constitutionnels de la syphilis, il ne nous répugne nullement d'admettre qu'ils puissent affecter l'utérus, et il me paraît fort logique de penser que les ulcérations du col, que l'on observe chez certaines femmes affectées de syphilides, ou d'autres accidents secondaires, ou tertiaires, peuvent bien être de nature syphilitique. En tous cas, les manifestations de la syphilis du côté de l'utérus doivent être très rares ; il suffit, pour vous en convaincre,

(1) Becquerel, *Maladies de l'utérus*, 1859, t. I.

de parcourir les services spéciaux de l'hôpital Saint-Louis, où vous rencontrerez un si grand nombre de femmes atteintes de syphilis, à toutes les périodes de cette maladie, depuis les accidents primitifs jusqu'aux accidents tertiaires les plus rebelles, et où il vous sera difficile d'en trouver qui présentent des lésions utérines dépendant manifestement de la diathèse syphilitique.

Aran a pourtant signalé l'existence de plaques muqueuses du col utérin, et il dit avoir vu quelquefois se développer, sur une ulcération, des condylomes se présentant sous un aspect violacé, ferme, ne saignant pas facilement et étant revêtus d'une mince lamelle épithéliale, proéminant au-dessus de l'ulcération déjà en voie de cicatrisation. Leur base serait un peu indurée et ils seraient situés le plus souvent au pourtour de l'orifice du col.

De semblables lésions doivent être fort rares, car il ne m'a pas encore été donné d'en observer, et je dois dire que dans les exemples, extrêmement fréquents, d'ulcérations du col, existant chez des femmes manifestement syphilitiques, qui sont passés sous mes yeux, il m'a, le plus souvent, paru y avoir assez peu de corrélation entre l'ulcération et la syphilis, pour que chacune de ces affections nécessitât un traitement spécial ; la médication générale spécifique, dirigée contre la syphilis, ne suffisant pas pour faire cicatriser l'ulcération utérine.

En résumé, les faits les plus importants à noter au point de vue du diagnostic à établir entre les ulcérations inflammatoires et les ulcérations chancreuses, c'est que les ulcérations de la métrite chronique ne sont pas, en général, aussi profondes que les ulcérations syphilitiques ; elles débutent au pourtour de l'ori-

fice du col, tandis que les autres se produisent indifféremment sur toute sa surface et plus particulièrement au point de réflexion du vagin sur l'utérus. Les ulcérations simples sont rouges, leurs bords irréguliers vont en décroissant; enfin, à leur circonférence on trouve ces petites granulations que je vous ai déjà décrites et qui témoignent de l'inflammation isolée des follicules.

Le chancre, au contraire, est irrégulier, taillé à l'emporte-pièce, entouré d'un liséré rouge, ayant un fond grisâtre; son siège n'est pas le plus souvent au pourtour de l'orifice, il siège au point où l'inoculation a eu lieu, et ce point se trouve le plus souvent dans la rainure où le vagin se réfléchit sur le col. Enfin, n'oubliez pas que le chancre du col n'est pas une affection commune, tandis que les ulcérations simples sont très fréquentes; que le chancre peut se rencontrer sans qu'il y ait la moindre tuméfaction de l'utérus, tandis que l'ulcération simple suppose toujours une inflammation préalable, avec toutes ses conséquences anatomiques.

En cas de complication, l'inoculation sera un moyen de vous tirer d'embarras ; et la marche ultérieure de la maladie éclairera votre diagnostic, les ulcérations spécifiques s'accompagnant presque toujours d'autres manifestations, si elles sont secondaires, ou s'étendant, par voie d'inoculation, à tous les tissus voisins si elles sont à leur première période ; ou se cicatrisant plus rapidement que les ulcérations simples, si elles sont primitives et arrivées à leur période de réparation.

D. L'inflammation chronique de l'utérus peut, vous ai-je dit, donner lieu à la rétention dans sa cavité des mucosités simples ou purulentes qui s'y trouvent retenues, soit par suite d'une oblitération véritable d'un des

orifices du col, soit par une simple atrésie de ces orifices, soit parce qu'une flexion de l'utérus empêche les fluides sécrétés par la muqueuse de circuler dans le canal cervical, qui est cependant resté perméable. Dans toutes ces circonstances le corps de l'utérus, distendu par les liquides accumulés dans sa cavité, devient plus globuleux, son col s'efface et le doigt qui l'explore constate, en même temps que ce développement et cet effacement du col, une rénitence qui a beaucoup de rapports avec celle qui est causée par une grossesse commençante.

C'est surtout en cas pareil que le diagnostic est hérissé de difficultés, car il est à peu près interdit de faire usage de la sonde, qui seule pourrait l'éclairer. Si cependant on observe ces malades avec soin, on ne tarde pas à remarquer qu'à de certaines époques il se fait par le vagin un écoulement plus abondant que d'habitude ; que cet écoulement est plus ténu, plus grisâtre, empèse moins le linge que celui auquel la malade est accoutumée, et que, pendant les jours qui suivent l'expulsion de ce liquide, l'utérus est moins volumineux, moins tuméfié, surtout moins globuleux qu'à d'autres époques ; si, alors, on pratique le cathétérisme, on peut être éclairé sur le fait de la dilatation de la cavité utérine.

Ces alternatives de tuméfaction et de retour à des dimensions moindres, résultant de l'évacuation du liquide accumulé dans la cavité utérine, sont la règle chez les femmes adultes affectées d'hydrométrie ; parce qu'alors l'oblitération des orifices utérins n'est jamais complète, comme elle le peut devenir après la ménopause. Mais, dans ce dernier cas, si la rétention des

mucosités dans une cavité utérine, complètement oblitérée, est chose fréquente, elle ne donne plus lieu aux mêmes symptômes morbides que pendant la période d'activité sexuelle de la femme, et la métrite chronique de laquelle elle procède, se dissipant d'une façon spontanée, cet enkystement n'a aucune importance, ni physiologique ni pathologique.

E. L'accumulation du sang dans la cavité utérine, à laquelle on a donné le nom d'*hématométrie*, est facilement distinguée de cette hydrométrie, en ce que les phénomènes qui en sont la conséquence sont remarquables par leur acuité. Cette accumulation ne se produit que dans les cas d'atrésie ou d'imperforation des orifices, apportant un obstacle à l'écoulement des règles, et ils sont beaucoup plus intenses que ceux de la dysménorrhée simple ou pseudo-membraneuse, qui peuvent être la conséquence de la métrite. Elles constituent une des variétés de l'hématocèle péri-utérine, celle qui est due à la rétention du flux menstruel.

F. Quant à l'atrésie et à l'oblitération des voies génitales qui causent cette rétention du flux menstruel, elles diffèrent suivant leur origine et suivant le siège qu'elles occupent. Lorsque l'oblitération occupe la vulve ou le vagin, elle peut être facilement reconnue par une simple exploration à l'aide de la vue ou du toucher; et, à propos du diagnostic qui nous occupe actuellement, il suffit de constater sa présence pour mettre la métrite chronique hors de cause.

Il n'en est pas de même de celle qui affecte les orifices du col utérin ; car il faut d'abord la reconnaître, ce qui nécessite un examen méthodique assez minutieux; puis déterminer si elle est ou non d'origine in-

flammatoire; si la lésion qui a occasionné le rétrécissement ou l'oblitération des orifices dépend de la métrite chronique ou de toute autre cause pathologique.

Si l'oblitération siège au niveau de l'orifice externe, elle est ordinairement congénitale et se révèle par des symptômes caractéristiques au moment de l'établissement de la première menstruation.

On voit alors survenir chez les jeunes filles des douleurs hypogastriques, avec irradiations vers les lombes et les cuisses, accompagnées de sensation de pesanteur dans le petit bassin et quelquefois de besoin d'expulsion au niveau de la vulve. Par le toucher vaginal on constate que le col est effacé, ou du moins que la portion vaginale a presque entièrement disparu et que le doigt cherche en vain sur la surface lisse du segment inférieur la trace d'un orifice. Si l'on emploie le spéculum, cet instrument ne fait que confirmer ce que le doigt avait soupçonné.

Ajoutez en outre que la rétention du flux menstruel dans la cavité utérine ou, d'une manière plus générale, l'hématométrie donne lieu à des symptômes plus aigus que la métrite chronique, et qu'elle est surtout caractérisée par des exacerbations excessives.

Quant aux oblitérations de la partie supérieure du col, elles sont plutôt acquises que congénitales, et l'apparition tardive des phénomènes qui en dépendent, survenus chez une femme dont la menstruation a été jusque-là facile et régulière, suffit pour permettre de reconnaître qu'il s'agit d'une lésion acquise.

Après l'âge de la ménopause, les parois du col se rapprochent, subissent une espèce de retrait sénile et tendent à oblitérer un orifice qui n'a plus de raison

d'être, puisque les fonctions génitales ont cessé. Il se fait en outre des adhérences au pourtour de l'orifice utérin et jusque dans la cavité du col, par suite de la cicatrisation des érosions phlegmasiques de la muqueuse qui s'étaient produites dans le cours de la métrite. C'est dans ce cas qu'on trouve dans la cavité de l'utérus, non pas du sang, mais de la sérosité ou un liquide visqueux sécrété par la muqueuse enflammée. Mais, si cette lésion est fréquente, il est rare qu'elle donne, à cet âge, lieu à des troubles fonctionnels assez sérieux pour qu'il y ait intérêt à chercher à la reconnaître pendant la vie. En tout cas, le cathétérisme utérin trancherait facilement la question, en nous démontrant l'imperméabilité de l'orifice interne du col ; la sonde y rencontrerait uu obstacle qu'elle ne pourrait franchir et nous n'aurions pas, pour nous abstenir de ce moyen d'exploration, les mêmes raisons que chez des femmes d'un âge moins avancé, chez lesquelles la crainte de provoquer un avortement nous empêcherait d'y avoir recours.

Le cathétérisme doit être pratiqué avec des sondes de divers calibres, et, si les sondes en métal les plus fines, si de simples stylets ne passaient pas, il faudrait essayer avec des bougies flexibles des plus petits numéros pour bien s'assurer si l'oblitération est complète. Du point où se fait l'arrêt de la sonde, lorsqu'on pratique le cathétérisme, il est facile de déduire le siège anatomique de la coarctation.

G. Vous n'avez pas oublié que les ulcérations ne sont pas les seules lésions anatomiques susceptibles de se produire dans l'utérus, et principalement sur sa muqueuse, lorsqu'il y a métrite chronique. Les glandes peuvent se tuméfier et donner lieu à la formation de

tumeurs de forme et d'aspect divers, que le toucher permet de reconnaître. Ce sont d'abord les kystes folliculaires du col, ou œufs de Naboth, dont la présence détermine généralement une dilatation assez grande de l'orifice externe du col pour que le doigt indicateur puisse s'y insinuer librement, pendant le toucher. Le col est alors plus volumineux qu'à l'état normal ; à l'extérieur il ne présente aucune bosselure; mais sur sa surface interne on sent un nombre plus ou moins grand de saillies globuleuses, arrondies, toujours sphériques ou hémisphériques, dont le volume varie, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une forte cerise. Ces tumeurs, sans être dures, résistent sous le doigt et présentent une rénitence très remarquable; on sent qu'en se développant, elles ont distendu et aminci le tissu propre de la paroi du col utérin, au milieu de laquelle elles sont en quelque sorte incrustées. Cette sensation particulière de rénitence, leur régularité et leur abondance sont les caractères essentiels qui les distinguent des autres tumeurs utérines et surtout des tumeurs fibreuses.

Comme elles sont formées par l'accumulation de mucus dans un follicule oblitéré, on peut les vider aisément par une simple ponction, faite soit avec la pointe d'un bistouri, soit avec un trocart fin, et on en voit sortir un liquide visqueux, incolore ou à peine citrin. Cette ponction peut être faite sans l'introduction du spéculum, qui est cependant indispensable si l'on veut être renseigné sur les caractères du liquide auquel elle doit donner issue. Lorsque ces kystes sont vus au spéculum, ils offrent un aspect bleuâtre ou jaune ambré qui tranche assez nettement avec la coloration ha-

bituelle de la muqueuse; mais n'oubliez pas que, comme ils sont profondément situés dans la cavité du col utérin, ils sont toujours plus facilement accessibles au toucher qu'à la vue.

Lorsqu'ils se pédiculisent, ces kystes donnent lieu aux polypes muqueux ou aux tumeurs fibro-cystiques, qui, se détachant de la face interne du col utérin en s'insinuant entre les lèvres du museau de tanche, descendent jusque dans le vagin et peuvent parfois même venir faire saillie hors de la vulve (*fig.* 112). Leur volume est variable, mais, si petits qu'ils soient, ils forment des tumeurs qui ne peuvent jamais échapper à l'exploration par le toucher : on sent alors un corps plus ou moins arrondi, généralement mou et souple, qui fait saillie dans le vagin. Il est rare, vous ai-je dit, que la tumeur ainsi saillante dans le vagin ne soit pas pédiculée ; si elle est sessile, elle dépend plus spécialement de l'une ou l'autre des deux lèvres avec laquelle elle fait corps ; dans ce cas le doigt explorateur, prenant pour point de repère l'orifice du museau de tanche, qu'il est toujours possible de reconnaître, constate, en contournant la tumeur, qu'elle adhère par une large base à la lèvre sur laquelle elle est implantée.

Le plus souvent cette implantation ne se fait qu'au moyen d'un pédicule, qui est généralement mince et grêle, et qui peut quelquefois atteindre une longueur relativement assez grande, surtout lorsqu'il s'insère supérieurement jusque dans la cavité du col, ou même du corps de l'utérus, et que le polype muqueux proémine dans le vagin. Suivant que l'implantation a lieu sur la surface externe du col ou dans sa cavité, les sensations fournies par le toucher sont différentes. Dans

le premier cas, le pédicule est trouvé libre et indépendant de l'orifice du museau de tanche, en dehors duquel il s'insère, à une distance plus ou moins grande ;

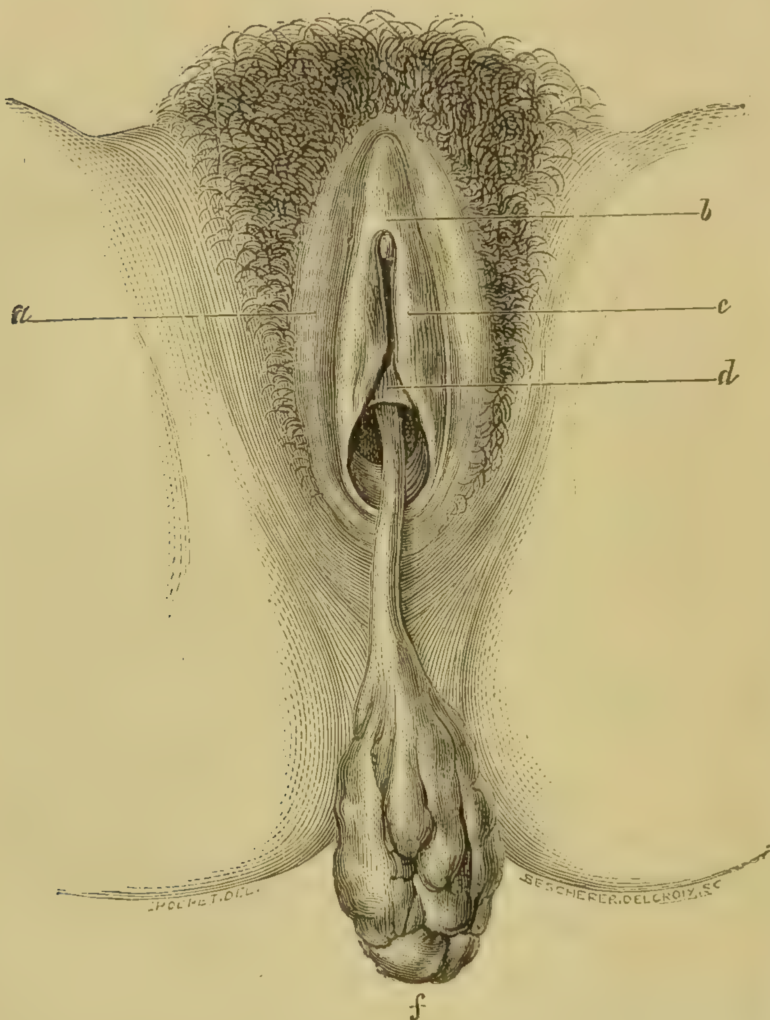


Fig. 112. — Polype muqueux en forme de pendule (Boivin et Dugès) (*).

dans le second cas, au contraire, le doigt, contournant ce pédicule, sent que par tout son pourtour il est em-

(*) *a*, Grandes lèvres. — *b*, Clitoris. — *c*, Petites lèvres. — *d*, Bord antérieur de l'orifice du vagin. — *f*, Corps du polype.

brassé par cet orifice du col, qui l'étreint à la façon d'un anneau. Quand il en est ainsi, il n'est pas possible, à moins de dilatation de cet orifice, qui permette au doigt de s'insinuer jusque dans la cavité cervicale, d'arriver jusqu'au point précis où se fait l'implantation.

La tumeur flottante dans le vagin, tout en affectant une forme globuleuse ou plutôt pyriforme, n'est pas régulière, et sa surface présente une consistance qui est loin d'être homogène comme celle des tumeurs fibreuses, qui donnent aussi lieu à la production de polypes, mais d'une tout autre espèce.

Lorsqu'il y a un polype muqueux, le cathétérisme, en précisant exactement le point où se trouve l'orifice du museau de tanche et la direction du canal cervico-utérin, permet d'apprécier à quelle distance de cet orifice se fait l'implantation du pédicule, si elle a lieu sur la surface vaginale du col utérin. Lorsque au contraire elle a lieu dans la cavité cervico-utérine, la sonde se trouve arrêtée au point même où se fait cette implantation, tandis que, dans le reste du pourtour, elle pénètre librement à une profondeur plus grande, contournant le pédicule dans tous les sens. Elle donne donc ainsi le moyen de reconnaître et le point précis de l'implantation et la longueur exacte du pédicule.

Si nous cherchons maintenant à déterminer sous l'influence de quelles causes se produit plus particulièrement la métrite chronique, nous trouvons d'abord que l'action des causes prédisposantes générales, telles que celles de la saison, du climat, de certains aliments, comme le café au lait, de certains vêtements comme le corset et même du tempérament, est à peu près

nulle. En ce qui concerne le tempérament, par exemple, on voit les femmes du tempérament le plus sanguin être affectées de métrite chronique, tout aussi bien que celles qui présentent les attributs du tempérament lymphatique et pour lesquelles certains auteurs ont cru qu'il devait exister une prédisposition spéciale. Je n'admets pas davantage la prédisposition héréditaire, qui a été également signalée et que je n'ai pas retrouvée dans mes observations.

Il n'en est pas de même de l'influence de l'âge, qui ne saurait être contestée, car c'est de 20 à 40 ans, c'est-à-dire pendant la période d'activité sexuelle de la femme, que l'on rencontre la métrite chronique. Seulement, cette influence de l'âge, pour être appréciée à sa juste valeur, doit être analysée avec soin, car son action est plutôt indirecte que directe et se rattache, d'une façon tout à fait intime, aux accouchements qui ont lieu à cette époque de la vie. Aussi, s'il n'est pas rare de rencontrer des symptômes de métrite et plus particulièrement de métrite aiguë, chez les jeunes filles pubères, voit-on rarement l'inflammation dépasser chez elles certaines limites d'étendue et de durée pour se généraliser et prendre une marche chronique, comme elle le fait chez les femmes qui ont eu des enfants. Il y a là une sorte d'opposition, assez intéressante à étudier, entre l'inflammation de l'ovaire, qui me paraît être plus particulièrement la maladie des jeunes filles, et l'inflammation chronique de l'utérus qui est plus particulièrement celle des femmes ayant conçu. Cela est si vrai que, sur 22 observations de métrite chronique, recueillies par Valleix, 17 fois on a pu voir la maladie se développer à la suite d'un

accouchement ou d'un avortement. La vitalité nouvelle imprimée à l'utérus par le fait de la gestation suffit pour expliquer sa tendance à s'enflammer alors, non seulement pendant la période puerpérale, mais même pendant les semaines suivantes, quand son travail d'involution ne s'est pas encore complètement accompli. Je vous ai indiqué, en vous parlant de la métrite parenchymateuse aiguë, comment se produisent ces métrites, auxquelles Chomel avait donné la qualification de *post-puerpérales* (1), et qui marquent une sorte d'intermédiaire entre la métrite franchement aiguë, qui est si rare en dehors de la puerpéralité, et la métrite chronique, dont nous nous occupons en ce moment. Certains faits tendraient à faire penser que la suppression de la lactation, chez les femmes qui ne peuvent nourrir elles-mêmes leurs enfants, constitue une condition particulièrement favorable au développement de la métrite chronique, surtout de la métrite post-puerpérale (2), mais nous voyons assez souvent cette maladie se développer sous l'influence de fatigues résultant d'une lactation trop prolongée, pour pouvoir nous permettre de considérer cette question d'étiologie comme définitivement jugée.

Dans les conditions pathogéniques de l'inflammation qui se produit à la suite de l'accouchement, il ne faut pas oublier de tenir grand compte, non seulement de la plaie placentaire, existant à l'intérieur de la cavité utérine et dont nous avons dû faire la part à propos de la métrite interne, mais aussi de la déchirure du col,

(1) Voyez p. 444.
(2) Voir à ce sujet une très intéressante observation de M. Leblond, publiée dans la thèse de M. Verriet-Litardière. Paris, 1873.

qui se fait pendant l'accouchement, et que M. Willemin a signalée, avec beaucoup de raison, comme pouvant être le point de départ d'un certain nombre d'inflammations propagées au tissu utérin.

Tout en attirant d'une façon spéciale votre attention sur l'influence étiologique de l'accouchement, je n'entends pas dire pour cela que ce soit la seule et unique cause de la métrite chronique, et je dois aussi reconnaître que le coït seul, que l'abus des plaisirs sexuels, que les fatigues de toute sorte peuvent, même en dehors de toute conception antérieure, devenir une cause déterminante de métrite, qui, d'abord aiguë, pourra ensuite se perpétuer, en prenant une marche chronique. Mais il ne faut pas vous exagérer l'action de ces causes, et, en ce qui concerne les fatigues résultant soit des excès de coït, soit du voyage de noce, chez les femmes nouvellement mariées, je dois vous rappeler qu'en vous parlant de la métrite interne je vous ai démontré comment ces causes agissent, plutôt pour provoquer des avortements, très peu de temps après la conception, qu'en exerçant un traumatisme direct sur l'organe utérin.

L'introduction de corps dilatants dans la cavité du col, tels que les tiges de laminaria, les éponges préparées, les corps étrangers séjournant dans le vagin comme les pessaires, le cathétérisme pratiqué maladroitement, les tentatives d'avortement peuvent, comme je vous l'ai fait remarquer déjà, provoquer une métrite aiguë qui aboutit plus tard à une métrite chronique.

Les maladies du cœur, qui entretiennent du côté de l'utérus une gêne de la circulation et un certain degré de congestion, peuvent aussi, après un certain

temps, provoquer l'inflammation de l'organe utérin.

Je ne fais pas entrer dans l'étiologie de la métrite chronique les diverses maladies de l'utérus ou des organes voisins sous l'influence desquelles elle peut se développer et dont elle modifie la marche en intervenant à titre de complication. De ce nombre sont toutes les phlegmasies péri-utérines, dans lesquelles l'inflammation se propage par voisinage et les déviations, où elle se développe d'après le mécanisme que je vous ai indiqué, en vous parlant des complications; il en est de même du cancer et surtout des tumeurs fibreuses de l'utérus, dont nous nous occuperons bientôt.

On a encore rangé au nombre des causes de la métrite chronique les chagrins, les affections morales tristes, mais vous vous rappelez que nous y avons vu plutôt un symptôme qu'une cause de la maladie.

L'étude de l'influence de l'âge sur le développement de la métrite chronique nous a conduit à parler de celle de la parturition, et je me suis trouvé entraîné à m'occuper des causes déterminantes ou occasionnelles, sans avoir complètement épuisé la liste des causes prédisposantes et en particulier des diathèses.

La tuberculisation pulmonaire et la métrite chronique ne se rencontrent pas sur les mêmes sujets dans une proportion assez fréquente pour qu'il soit possible de voir entre elles un lien de cause à effet. Tout au plus pourrait-on admettre que la phthisie agit comme toutes les autres causes débilitantes, en créant l'aptitude à contracter une maladie chronique, mais son action spéciale se porte plutôt sur le péritoine que sur le parenchyme de l'utérus.

Nous agiterons à propos de la marche de la maladie

la question de savoir comment réagissent l'une sur l'autre les deux affections, utérine et pulmonaire, lorsqu'elles coexistent sur le même sujet.

Quant à la diathèse herpétique, dont je vous ai parlé dans la précédente Leçon (1), son influence n'est pas douteuse, et, sans parler des manifestations cutanées qui peuvent se produire sous l'influence d'une métrite chronique plus ou moins ancienne, on ne saurait nier que parmi les femmes affectées de maladies de la peau le nombre des cas de métrite est proportionnellement beaucoup plus considérable que parmi les autres. Aussi, quoique je vous aie démontré qu'il n'y a pas lieu d'assimiler les lésions de la muqueuse utérine aux lésions cutanées ; quoiqu'il n'existe ni acné, ni herpès, ni eczéma, ni surtout impétigo du col de l'utérus, il n'en est pas moins parfaitement établi pour moi que l'ulcération du col accompagne fort souvent ces diverses affections, surtout l'eczéma et l'impétigo, à ce point que l'on peut être parfaitement autorisé à penser que la maladie utérine, c'est-à-dire la métrite chronique qui a donné lieu à l'ulcération, et la maladie de la peau, relèvent de la même cause générale et doivent être modifiées ensemble sous l'influence du même traitement.

L'influence que la syphilis peut exercer sur la métrite chronique, en tant que grande diathèse et en dehors des simples manifestations locales qui donnent lieu à la production du chancre et des plaques muqueuses, est assez mal connue et on la pressent plutôt qu'on ne la démontre. Mais je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer que les altérations de tissu qui

(1) Voyez p. 609.

caractérisent la deuxième période de la métrite chronique ont la plus grande analogie avec les altérations viscérales d'origine syphilitique.

Le début de la métrite chronique est assez insidieux pour qu'il soit, le plus souvent, difficile d'en fixer la date dans chaque cas particulier. Aussi, admet-on assez généralement que cette maladie est, en quelque sorte, chronique d'emblée, tant sont rares les cas de métrite parenchymateuse franchement aiguë qui pourraient, en se perpétuant, passer à l'état chronique. Cependant, je considère ce passage de la métrite aiguë à la métrite chronique, comme beaucoup plus fréquent que ne le pensent la plupart des auteurs, et vous en avez d'ailleurs vu un exemple chez la première malade dont je vous ai donné l'observation (1). Aran, après l'avoir contesté, est obligé de reconnaître dans une métrite aiguë, consécutive à l'accouchement, le point de départ du plus grand nombre des métrites chroniques. Seulement, cette période d'acuité passe souvent méconnue, au milieu des suites de couches, à peine troublées par quelques petits mouvements fébriles qui ne permettent pas de songer à la phlegmasie utérine, tant qu'elle ne se présente pas avec tout l'appareil symptomatique si effrayant et si caractéristique de la métrite puerpérale. On voit donc alors se produire ce que Chomel, avec son esprit si éminemment judicieux et pratique, s'est efforcé de distinguer de cette redoutable affection, en lui donnant un nom particulier, celui de métrite *post-puerpérale*.

(1) Voyez p. 596.

Cette inflammation, qui surprend l'utérus au moment où il n'a pas encore fini d'accomplir le travail d'involution qui doit le ramener à ses dimensions primitives, rencontre dans les conditions de structure dans lesquelles se trouve alors cet organe toutes les circonstances les plus favorables, tant à son développement qu'à sa persistance et à son passage à l'état chronique.

Cet état chronique est caractérisé par des recrudescences, des retours de la maladie qui paraissait entrer en résolution; recrudescences, — rechutes, si l'on veut, — qui sont presque toujours la conséquence d'un écart de régime ou d'une fatigue prématurée. Ces rechutes, ces explosions successives de nouvelles poussées inflammatoires, alors qu'un amendement sensible dans l'état de la malade pouvait lui permettre de croire à son rétablissement complet, ne marquent pas seulement le début de cette affection, la période d'acuité de la maladie; elles se reproduisent encore beaucoup plus tard alors que la chronicité est bien établie, et surviennent surtout au voisinage des époques menstruelles. Il se produit alors ce que, dans son langage imaginé, Aran appelait une sorte de *rajeunissement* de la maladie.

Ces périodes de rajeunissement de la métrite, qu'elles soient la conséquence d'une fatigue survenue pendant la période menstruelle, ou de toute autre cause, soit même d'un accouchement ou d'un avortement, sont intéressantes à connaître et le praticien doit en profiter pour diriger son traitement de façon à faire disparaître, du même coup, et la nouvelle poussée aiguë et la phlegmasie chronique sur laquelle elle s'est greffée. C'est certainement une circonstance heureuse, qui peut se produire ici de la même façon et au même

titre que dans certaines blennorrhagies, où un retour d'acuité de l'inflammation permet de faire disparaître, en quelques jours, un écoulement chronique, jusqu'alors rebelle aux traitements les plus persévérants et les mieux institués.

On voit aussi, souvent, survenir ces recrudescences au moment de la ménopause ; puis, après un certain temps, on observe une disparition complète de tous les symptômes. Ces fait ont été signalés par Aran, qui les a mis parfaitement en lumière.

La métrite chronique est souvent une cause réelle de stérilité que diverses circonstances tendent à rendre plus rebelle ; — ainsi, d'une part, les malades éprouvent une véritable répulsion pour les rapprochements sexuels, qui sont souvent douloureux, si l'inflammation a encore une certaine acuité ; qui, le plus habituellement, les laissent insensibles et indifférentes, par suite de l'atonie et du peu d'excitabilité de leurs organes génitaux, résultant de l'anémie, développée pendant le cours de la métrite. — D'autre part, lors même que la copulation a lieu, l'imprégnation est souvent empêchée par la présence des écoulements, muqueux ou sanguin, qui oblitèrent la cavité du col et empêchent les spermatozoaires de pénétrer jusque dans la cavité utérine, ou les entraînent au dehors, si une fois ils y ont pénétré.

En dépit de tous ces obstacles, la fécondation peut s'opérer, même pendant le cours de la métrite chronique. — La première malade dont je vous ai parlé au commencement de cette Leçon en est un exemple. Et, il n'y a pas longtemps encore, je recevais dans mon cabinet la visite d'une dame, que j'avais envoyée passer

une saison aux eaux, pour se traiter d'une métrite chronique, et qui, après avoir éprouvé une amélioration assez marquée dans son état, me revenait consulter pour de nouvelles douleurs marquant à la fois et une recrudescence de sa maladie, et le début d'une huitième grossesse. Il n'est pas extrêmement rare qu'il en soit ainsi, mais les choses ne se passent pas toujours aussi bien que chez ma cliente, qui accoucha fort heureusement à son terme; le plus souvent, par suite des modifications apportées à la structure, tant de la muqueuse que du tissu des parois utérines, la grossesse ne peut pas suivre son cours et il survient un avortement. Cet avortement se produit fréquemment à une époque assez rapprochée du début de la conception pour que le produit ne soit pas reconnu dans les caillots, et que l'on attribue à de simples retards menstruels les phénomènes morbides observés. D'autres fois, le produit se développe régulièrement, et, l'inflammation utérine persistant, on voit augmenter l'ulcération du museau de tanche, qui est assez fréquente dans le cours de la grossesse pour qu'on ait pu la considérer comme un état physiologique.

En somme, et d'une façon générale, il faut reconnaître que la métrite chronique n'est pas un état favorable à la conception ni à la grossesse. — Mais, par contre, il est permis d'avancer que la grossesse, lorsqu'elle peut se produire et être menée à terme, sans accident, a une influence plutôt favorable que nuisible sur la marche ultérieure de la métrite chronique, dont elle peut parfaitement provoquer la résolution, qui s'opère alors en même temps que le travail d'involution de l'utérus et sous la même influence.

Si, en effet, la grossesse est menée à bon terme; alors, la vitalité du tissu ayant été modifiée pendant son cours, il se peut très bien faire que, sous l'influence du travail d'involution lui succédant, on voie survenir une sorte de régénération du tissu utérin, qui se sera, en quelque sorte, normalement reconstitué, par suite de la résorption du tissu cellulaire antérieurement déposé en excès au milieu des fibres musculaires.

Quant à la durée de la maladie, il est impossible de la fixer d'une manière même approximative. Elle se prolonge le plus souvent des mois et même des années, et ce n'est habituellement qu'après de nombreuses recrudescences qu'on voit enfin disparaître les symptômes qui tourmentent la malade. C'est principalement, comme je vous l'ai dit, vers l'époque de la ménopause, quand l'utérus cesse de se congestionner périodiquement aux époques menstruelles, qu'on voit survenir la guérison spontanée; mais ce qu'il faut remarquer, c'est la tendance de cette maladie à se perpétuer, si aucun traitement n'est dirigé contre elle.

Cette tendance est telle que de Scanzoni affirme n'avoir jamais vu guérir un seul cas de métrite chronique. Je crois qu'il est beaucoup trop pessimiste, car, pour ma part, j'ai observé de nombreux cas de guérison, à la suite d'un traitement régulièrement institué. Cependant, une explication est nécessaire à ce sujet. Si l'on entend par guérison la disparition complète de toutes les lésions anatomiques, la guérison n'a pas lieu. Mais les malades doivent, il me semble, se soucier bien peu d'avoir un utérus normal quant à sa structure; ce qui leur importe, c'est d'être débarrassées de tous les phénomènes qui les incommodent et les em-

pêchent de se livrer à leurs occupations. Aussi, je pense qu'elles pourront à la rigueur se considérer comme guéries, quand elles auront vu disparaître les écoulements, les douleurs souvent pénibles et tous les signes que nous avons décrits dans la symptomatologie, bien que leur utérus conserve la dureté, l'hypertrophie et les modifications de structure résultant de la prolifération du tissu conjonctif, et qu'il lui reste encore une aptitude toute particulière à se laisser envahir de nouveau par l'inflammation.

De même, un malade affecté de bronchite chronique et d'emphysème, chez lequel le traitement aura triomphé de la toux, de l'expectoration et de l'oppression, tout en laissant persister une grande partie des altérations existant dans les bronches et les alvéoles pulmonaires, se considérera comme guéri et s'inquiètera peu des lésions anatomiques qui pourront persister.

Il était autrefois généralement accepté que la dégénérescence cancéreuse est une des terminaisons fréquentes de la métrite chronique. — La possibilité de cette transformation, qui a été formellement niée à un moment, paraît maintenant pouvoir être admise, dans certaines circonstances exceptionnelles. En tout cas, il est permis de se demander si une femme, ayant des antécédents cancéreux, n'a pas plus de chance qu'une autre, lorsqu'elle vient à être affectée de métrite chronique, de voir se fixer sur son utérus, une diathèse qui était, chez elle, imminente et n'attendait qu'une occasion pour se manifester.

Aran a prétendu que la métrite chronique peut conduire à la phthisie pulmonaire ; mais, comme je vous

l'ai déjà dit, à propos de la métrite interne, il me paraît avoir tiré une conclusion trop générale de certains faits particuliers, vrais en eux-mêmes, et dont il a exagéré l'importance. Il n'est pas douteux que la métrite chronique ne puisse, comme toutes les maladies qui amènent une débilitation considérable de l'organisme, hâter le développement des tubercules, chez un sujet prédisposé, mais cela ne suffit pas pour la faire considérer comme une cause directe de tuberculisation.

On peut en dire autant de toutes les affections intercurrentes et concomitantes; la métrite n'en est pas la cause directe, elle ne fait qu'y prédisposer, par suite de l'état chloro-anémique qu'elle engendre chez les femmes, qui sont atteintes de cette maladie, si longue et si rebelle à nos moyens thérapeutiques.

XVI

MÉTRITE CHRONIQUE

(SUITE)

TRAITEMENT

Le traitement, toujours long et difficile, ne peut être établi d'après une règle uniforme. — Il faut suivre les indications spéciales à chaque cas et faire la médecine des symptômes. — 1° *Modificateurs généraux de l'organisme* : — Antiphlogistiques ; — Altérants et fondants ; — Dérivatifs et révulsifs ; — 2° *Médication locale* : — Topiques. — Moyens dirigés contre les altérations du parenchyme. — Moyens dirigés contre les lésions de la muqueuse ; — 3° Moyens employés pour combattre certains symptômes spéciaux ou certains accidents prédominants ; — 4° Traitement général, reconstituant, à instituer concurremment avec les autres prescriptions médicales. — Traitement par les eaux minérales naturelles ; — 5° Hygiène à suivre, pendant le cours du traitement et après la guérison, pour éviter le retour de la maladie.

MESSIEURS,

On l'a dit bien des fois, et c'est une vérité devenue aujourd'hui banale, que rien ne témoigne de notre impuissance à guérir sûrement une maladie déterminée, comme l'abondance et la variété des moyens thérapeutiques conseillés pour la combattre. — Cela est vrai surtout à propos de la métrite chronique, dont je

vous ai fait connaître la persistance et la durée, et dont il me reste à vous indiquer le traitement, ce but suprême de nos efforts, cette conclusion nécessaire et forcée de toutes les études médicales, sans laquelle ces études n'auraient plus aucune raison d'être.

Le traitement de la métrite chronique doit toujours être long et difficile, et, pour vous décider à l'entreprendre, avec toute la résolution qu'il comporte, il est nécessaire que je ne me borne pas à faire devant vous une simple énumération des médications si diverses qui ont été dirigées contre cette maladie ; car rien ne serait plus capable de vous décourager que cette interminable liste des moyens employés, avec des résultats plus souvent nuls ou douteux que franchement favorables. Je ne veux pas que vous considériez la maladie dont il s'agit comme étant au-dessus des ressources de l'art, et cependant je n'hésite pas, vous le voyez, à convenir dès les premiers mots, qu'aucune des médications qui lui sont opposées ne nous fournit, par elle-même, un moyen certain d'arriver, dans tous les cas, ni même dans un nombre suffisant de cas, à une curation radicale. — Mais rappelez-vous ce que je vous disais à la fin de la précédente Leçon (1), à propos de la terminaison de la métrite chronique par la guérison. — Il importe de bien s'entendre sur ce qu'on doit appeler la guérison pour ne pas se laisser entraîner à la recherche d'un idéal, presque impossible à réaliser, — le retour complet de l'utérus à ses dimensions et à sa structure primitives, — et il faut savoir se contenter d'un état dans lequel, certaines lésions anatomiques

(1) Voyez page 671.

persistant encore, la malade sera débarrassée des principaux symptômes morbides et des troubles fonctionnels qui lui étaient le plus pénibles à supporter. — Lorsque tous ces phénomènes auront disparu, vous serez en droit de considérer la guérison comme parfaite, quel que soit du reste l'état anatomique de l'utérus. Cette guérison complète, vous l'obtiendrez rarement, cela est vrai, et, dans le plus grand nombre des cas, vos malades conserveront encore une grande prédisposition au retour des souffrances que vous serez parvenus, à grand'peine, à amoindrir d'abord, avant de pouvoir les faire complètement disparaître. — Mais, il faut bien savoir que ce soulagement, cette amélioration qui est le prélude de la guérison et qui peut y conduire d'une façon définitive, ne s'obtient jamais, si l'on veut s'obstiner à suivre invariablement les règles d'un traitement systématique, quel qu'il soit. Vous ne parviendrez à un résultat avantageux, que si vous savez faire un choix habile dans l'ensemble des moyens qui ont déjà été essayés ou expérimentés, aussi bien que parmi ceux qui pourraient l'être par la suite. Ne vous préparez donc pas à traiter toutes vos malades d'après une seule et même formule, et attachez-vous, au contraire, à varier vos prescriptions, de façon non seulement à pouvoir appliquer, sans hésitation, à chaque malade le traitement qui lui conviendra plus spécialement, mais aussi, à savoir varier votre médication dans chaque cas, suivant les indications particulières qui pourront se présenter.

Vous ne pourrez être en mesure d'agir ainsi qu'à la condition de connaître parfaitement l'action, non seulement de chacun des moyens qui ont été expérimen-

tés ou même simplement conseillés, mais encore de ceux que, en dehors de cette liste déjà si longue, vous pourriez être logiquement conduits à essayer de vous-même. Il est d'autant plus indispensable, pour vous, d'être ainsi armés et d'avoir un arsenal complet de médicaments à votre disposition, que la lutte étant longue et la résistance opiniâtre, vos armes s'émousseront vite et devront être souvent changées ou remises à neuf. — Les circonstances dans lesquelles vous avez à varier votre médication sont nombreuses ; ce sera d'abord, toutes les fois que la marche de la maladie ou l'apparition des symptômes nouveaux le commandera, et il en est fréquemment ainsi; puis, et trop souvent, pour satisfaire aux impatiences de vos malades qui, ne voyant pas l'amélioration attendue, survenir avec une assez grande rapidité au gré de leurs désirs, se refuseront à continuer le traitement que vous leur avez prescrit. Alors il vous faudra, si l'indication reste pour vous la même, ou vous décider à changer, sous une autre formule pharmaceutique, le mode d'administration d'un médicament que vous croirez nécessaire de continuer, ou vous résigner à le remplacer par un succédané, ayant sensiblement la même action thérapeutique.

Il ne s'agit donc, de rien moins, comme vous le voyez, que de puiser dans toute la matière médicale, et je me trouve conduit à examiner avec vous, pour apprécier dans quelles circonstances ils pourront nous être utiles, chacun de ces moyens thérapeutiques dont la seule énumération me faisait reculer il n'y a qu'un instant. Mais ce qui m'effrayait surtout, c'était l'idée d'avoir à faire cet exposé sans ordre ni méthode, et j'espère parvenir à le rendre moins fastidieux, en

même temps que plus utile à votre instruction, en établissant certaines divisions, qui nous permettront d'examiner les divers agents thérapeutiques dont l'action nous importe le plus à connaître, après les avoir réunis par groupes, correspondant chacun à un certain nombre d'indications communes.

Une première division s'impose ainsi naturellement à nous ; c'est celle qui résulte de l'action même des médicaments, suivant qu'elle s'adresse d'abord à tout l'organisme et ne parvient à modifier que secondairement l'organe malade ; ou suivant qu'elle s'exerce immédiatement et sans intermédiaire sur cet organe. Nous avons donc ainsi deux grands chapitres que nous intitulerons : l'un, *Médication générale*, l'autre, *Médication locale*, et dans lesquels, avec les subdivisions qu'ils comportent, nous pourrions passer en revue toute la matière médicale.

Afin d'abréger ces deux chapitres, nous devrons ne nous occuper que des agents thérapeutiques qui ont, ou qui ont été supposés avoir une action spéciale sur la métrite chronique. Cela ne saurait cependant suffire, car, ainsi que je vous le disais en commençant, rien n'est plus illusoire que la prétention de traiter cette maladie d'une façon en quelque sorte doctrinale, à l'aide d'un ou de plusieurs médicaments qui agiraient à la façon des spécifiques, sur le tissu utérin enflammé, ou modifié dans sa structure par le fait de l'inflammation. Il faut savoir se résigner souvent à ne faire rien autre chose que la médecine des symptômes et à ne procurer à la malade d'autre soulagement que celui qui peut être la conséquence de la disparition ou de l'amoindrissement des plus pénibles de ces symp-

tômes. Dès lors, il convient d'examiner à part les moyens qui peuvent être spécialement dirigés contre eux : c'est ce que je ferai dans un troisième chapitre.

Enfin, l'état général des femmes affectées de métrite chronique commande des soins et souvent un traitement particulier qui, tout en devant concorder avec la médication dirigée contre la maladie elle-même, en diffère souvent, lui est parfois opposé et par cela même doit forcément rester indépendant et distinct de cette médication. Les indications qui résultent de cet état général et auxquelles il est indispensable de pourvoir nous fourniront la matière d'un quatrième chapitre, que nous ferons suivre d'un appendice sur l'emploi des eaux minérales naturelles, dans le traitement de la métrite chronique. Nous nous occuperons dans un cinquième de l'hygiène qu'il convient de faire suivre aux malades, tant pendant la durée de leur traitement, pour en assurer l'efficacité, que plus tard, pour prévenir les rechutes et les récidives.

Je n'ignore pas qu'en procédant ainsi, je vais m'exposer à de nombreuses et inévitables redites. Mais je préfère cet écueil à celui d'une confusion inextricable, que je n'éviterais pas si je procédais de tout autre façon. Puis, je m'imagine que, si j'ai à vous recommander plusieurs fois le même agent thérapeutique, comme pouvant être avantageusement employé, tantôt à titre de modificateur général de l'organisme, tantôt comme moyen local, tantôt enfin parce qu'il est de nature à combattre certaines des complications habituelles de la métrite, ou certains de ses symptômes les plus pénibles, cet agent se trouvera, par cela même, signalé d'une façon toute spéciale à votre attention et

vous n'hésiterez pas à le choisir de préférence à tout autre, lorsque vous aurez à pourvoir à l'une ou l'autre des indications multiples auxquelles il répond.

I. Médication générale.

Au premier rang des modificateurs généraux de l'organisme, qui peuvent avoir une action sur l'utérus chroniquement enflammé et que, par conséquent, on a dû songer à utiliser pour modifier sa texture, viennent se placer les antiphlogistiques, puis les altérants ou les fondants, enfin les dérivatifs ou les révulsifs, tant internes qu'externes.

A. Antiphlogistiques. — Si la nature inflammatoire de la maladie permet de songer aux antiphlogistiques dans le traitement de la métrite chronique, l'étude clinique de cette affection nous apprend avec quelle excessive réserve nous devons user de semblables moyens. Vous n'avez pas oublié, en effet, que, par la marche naturelle des choses, on voit succéder assez rapidement l'anémie du tissu utérin et l'atrophie de ses vaisseaux sanguins à la congestion et à l'hypervascularisation qui avaient marqué le début de cette maladie. Vous vous rappelez également que cette anémie ne reste pas limitée au tissu malade et que, dans tous les cas sans exception, on ne tarde pas à voir se produire une débilitation profonde de l'organisme, s'accompagnant d'un état chlorotique souvent fort grave. C'en est assez pour vous mettre en garde contre l'abus de la médication antiphlogistique.

a. On n'a pas manqué de conseiller la *saignée générale ;* mais, après vous avoir engagé à vous en abste-

nir dans les cas de métrite aiguë, je ne saurais approuver son emploi dans le traitement de la métrite chronique. Tout le monde est, du reste, aujourd'hui d'accord pour reconnaître que les saignées générales, abondantes, déplétives, sont, non seulement inutiles, mais même nuisibles dans cette maladie. Et, s'il se trouve encore, parmi nous, quelques rares praticiens qui persistent à ordonner la saignée du bras ou du pied, ils ont soin de la rendre aussi peu spoliatrice que possible, en n'enlevant pas plus de 125 ou 80 grammes de sang, quelquefois 60 ou même 30 grammes; seulement il prétendent obtenir ainsi une action révulsive ou résolutive plutôt qu'antiphlogistique. Si la physiologie m'expliquait cette prétendue action révulsive ou dérivative, produite sur l'utérus par la déperdition de 30 ou 60 grammes de sang, retirés d'une des veines du pli du coude, je chercherais à discuter jusqu'à quel point il convient de provoquer une semblable révulsion ; si, à défaut d'une explication physiologique, l'observation me montrait les heureux effets de cette méthode, j'y aurais recours, sans hésiter et sans m'inquiéter de l'explication. Mais l'expérience ne lui est pas plus favorable que la théorie; et, il y a quelques années à peine, il ne se passait pas de semaines que nous ne vissions des malades dont la métrite chronique avait résisté à des saignées du bras, dont le nombre se chiffrait souvent par plusieurs douzaines, pour chaque sujet. Du reste, du moment où l'on ne retire pas par la veine plus de sang qu'on ne le ferait par une ventouse ou une sangsue, je ne comprends pas que l'on ne recoure pas de préférence à ces dernières, qui ont au moins l'avantage d'ajouter une action locale in-

contestable à l'action générale résultant de la déperdition sanguine, si faible soit-elle. Je ne vois donc aucune raison plausible de faire figurer la saignée générale, même excessivement peu abondante, dans le traitement de la métrite chronique; et, tout en reconnaissant que les émissions sanguines sont souvent fort utiles dans le cours de cette maladie, comme, à mon avis, elles ne doivent jamais être pratiquées que localement au moyen des ventouses scarifiées ou des sangsues, je renvoie ce que j'ai à vous en dire au moment où je vous parlerai de la médication locale.

b. Parmi les antiphlogistiques vous devez placer le bain; le *bain tiède*, un peu prolongé, qui a pour effet de diminuer la température et de faire baisser le pouls. C'est, en même temps, un excellent sédatif, qui contribue, à la fois, et à faire diminuer les douleurs, et à calmer l'excitation nerveuse qui fatigue tant les malades, et se produit lorsque surviennent les poussées inflammatoires, si fréquentes dans le cours de la métrite chronique, surtout aux approches des époques menstruelles. Il ne s'agit ici que du bain simple, dans lequel on peut mettre un peu de son, à titre d'émollient, ou qu'il est facile de rendre plus calmant en y ajoutant une infusion de fleurs de tilleul ou de feuilles d'oranger. Les véritables agents thérapeutiques sont, ici, l'eau et la chaleur; nous chercherons plus tard comment, à leur action, on peut ajouter celle de diverses autres substances, pour constituer les bains médicamenteux.

Vous me voyez souvent prescrire des bains simples tous les 2 ou 3 jours, en recommandant de les prolonger pendant une heure et même davantage; leur action antiphlogistique ne peut être obtenue qu'à la con-

dition de les donner aussi prolongés et rapprochés. Certaines eaux thermales non minéralisées, comme celles de Néris, d'Evaux, de Plombières, d'Ussat, n'agissant que par leur température, sont souvent utiles au début de la métrite chronique, pour les femmes chez lesquelles il survient à chaque époque menstruelle des poussées congestives, simulant le retour à l'état aigu. Ces eaux sont aussi indiquées lorsque l'on voit une métrite aiguë, ou une métrite post-puerpérale, se prolonger de façon à faire craindre son passage à l'état chronique. C'est alors que la médication antiphlogistique est plus particulièrement indiquée et, dans ces cas, les bains tièdes, artificiels ou naturels, doivent être associés aux émissions sanguines locales.

B. Altérants et fondants. — La médication altérante est certainement celle qui, logiquement, paraît le mieux indiquée dans une maladie caractérisée anatomiquement par une modification de texture, due à l'exubérance d'un dépôt plastique, organisé au sein des tissus de l'organe malade et déterminant l'augmentation de son volume. On peut, en effet, espérer qu'un agent qui provoquerait la résorption des éléments morbides surajoutés laisserait intact le tissu sain et ramènerait l'organe malade à son état d'intégrité primitif. A ce point de vue, les altérants et les fondants doivent avoir une action plus efficace que les antiphlogistiques. Vous ne devrez donc pas être surpris si c'est parmi les moyens de cette catégorie que vous trouverez les agents auxquels vous aurez le plus utilement recours. Seulement, comme la médication antiphlogistique, la médication altérante a ses inconvénients et même ses dangers et vous ne tarderez pas

à apprendre que, si certains des médicaments dont elle se compose nous sont souvent utiles, en tant que moyens locaux, il y aura rarement lieu d'appliquer la médication générale altérante avec une certaine rigueur ; car on ne pourrait obtenir une modification un peu notable de l'utérus malade qu'à la condition de produire dans tout l'organisme une perturbation dont l'effet désastreux ne serait que fort rarement compensé par l'amélioration minime obtenue. C'est à ce point de vue qu'il convient d'apprécier l'utilité des agents dont je vais vous parler.

a. En tête de la liste des médicaments altérants nous en trouvons un, qui, par son action efficace, dans certaines inflammations des plus franches, et notamment dans la pneumonie, peut marcher à côté des antiphlogistiques proprement dits : je veux parler du *tartre stibié*. On l'a préconisé dans le traitement de la métrite, en recommandant de le donner à dose rasorienne, c'est-à-dire de 30 à 50 centigrammes par jour, dans une potion de 120 grammes. Je n'ai pas cru devoir vous le conseiller lorsqu'il s'est agi de la métrite aiguë et je m'expliquerais encore moins qu'il pût être utile dans la métrite chronique. C'est surtout dans la métrite puerpérale qu'il a été expérimenté et les succès qu'on lui a attribués m'ont toujours paru contestables; aussi, n'y ai-je pas recours, même lorsqu'il s'agit de cette forme tout à fait suraiguë de l'inflammation utérine.

b. Les *mercuriaux* ont une action tout aussi énergique et certainement moins douteuse. On les a administrés à l'intérieur et à l'extérieur.

A l'intérieur, le *calomel* à dose fractionnée, soit un décigramme, mélangé à 3 ou 4 grammes de sucre en

poudre, pour rendre son fractionnement plus facile, et divisé en vingt paquets, que l'on fait prendre d'heure en heure, détermine trop rapidement la salivation pour qu'il y ait possibilité d'en continuer l'usage pendant plusieurs jours; et, alors, son action thérapeutique est insuffisante, car il n'a pas le temps d'agir sur le tissu même de l'utérus.

Les pilules bleues, dont on fait un si fréquent usage en Angleterre, et qui sont composées de mercure métallique; le bichlorure de mercure donné, soit seul comme dans la liqueur de van Swiéten, soit associé à la ciguë et sous forme de pilules, comme West le conseille, ont le même inconvénient, mais à un moindre degré, ce qui permet de les continuer plus longtemps à titre de fondants; surtout si l'on a soin de favoriser la tolérance en administrant simultanément le chlorate de potasse. J'ai peu expérimenté cette médication, dont les inconvénients me frappent infiniment plus que les avantages.

A l'extérieur, on emploie l'*onguent napolitain*, soit en frictions sur les cuisses, les aines, les aisselles et même le ventre, pour provoquer son absorption, et, par suite, obtenir un effet identique à celui que produisent les préparations mercurielles, prises par la bouche. Il est surtout utile lorsqu'une poussée inflammatoire a lieu du côté du péritoine, et alors ce ne sont plus des frictions qu'il faut prescrire, mais simplement une onction, en étendant l'onguent en couche épaisse sur l'abdomen. Comme la douleur est alors excessivement vive on associe au mercure un narcotique, l'extrait de belladone.

Je me sers assez souvent de l'onguent mercuriel associé au cérat pour panser les vésicatoires volants que

je fais placer sur l'abdomen, dans le cours de la métrite chronique; et, soit en raison du peu d'étendue de la surface absorbante, soit en raison du peu de durée de son emploi, qui en cas pareil n'est jamais de plus de 4 à 5 jours, je n'ai jamais vu survenir de salivation.

c. A l'action du mercure je préfère, à tous égards, celle de l'*iode* et de ses composés, qui est à la fois et infiniment moins problématique, et beaucoup plus facile à limiter. Aussi me voyez-vous employer l'iode sous toutes ses formes, à ce point, que je ne sache peut-être pas une seule femme affectée de métrite chronique qui ait été soignée par moi, sans en avoir fait usage, à un moment ou à l'autre. Je ne vous rapporte pas d'observations spéciales et détaillées des faits qui se retrouvent journellement sous vos yeux.

L'iode est employé à l'état de métalloïde sous forme de teinture alcoolique. Je l'administre souvent ainsi, à la dose de 6 à 12 gouttes, dans un julep gommeux, dont je fais continuer l'usage pendant 8 à 10 jours chaque mois. Je choisis pour le prescrire, le moment de l'apparition des règles ou de l'époque présumée de leur retour, car c'est dans les cas où la métrite chronique s'accompagne de dysménorrhée ou d'aménorrhée qu'il réussit le mieux. On l'avait considéré comme un emménagogue, mais il ne l'est que par la façon avantageuse dont il agit sur le tissu utérin induré, dans la deuxième période de la métrite chronique, et vous pourrez vous convaincre que tel est bien réellement son mode d'action, en l'administrant comparativement dans les aménorrhées dues à la phthisie, où il ne réussit pas, et dans les aménorrhées de la métrite chronique, où il provoque souvent le retour des rè-

gles. La même action est, du reste, produite, quoique à un moindre degré, par les autres préparations iodurées et en particulier par l'iodure de potassium, ou par l'iodure de fer. Vous pouvez les administrer l'un ou l'autre à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes par jour, et cela pendant une vingtaine de jours, au bout desquels vous laisserez le malade se reposer une semaine ou deux, avant de revenir à ce médicament, dont l'usage doit être ainsi prolongé pendant plusieurs mois.

A l'extérieur, nous employons simplement à titre de fondants, les pommades à l'iodure de plomb, ou à l'iodure de potassium ; mais leur action est pour moi fort douteuse, et je leur préfère les badigeonnages avec la *teinture d'iode*, qui détermine une irritation révulsive, et les pansements topiques avec divers produits iodurés que nous retrouverons en parlant de la médication locale.

d. Au nombre des altérants, on a rangé la *ciguë*, dont l'action est absolument nulle dans le traitement de la métrite chronique et qui ne vous donnera aucun bon effet; soit que vous le prescriviez à l'état naturel (poudre, extrait, infusion, cataplasmes); soit que vous ayez recours à son alcaloïde la *conicine*, qui s'emploie à l'intérieur sous forme de granules et à l'extérieur sous forme de baume; soit que vous l'associiez à d'autres moyens d'une efficacité moins douteuse, comme le mercure ou le calomel.

e. L'*arsenic*, que l'on fait aussi figurer, à tort, parmi les altérants, a sa place marquée parmi les reconstituants, lorsqu'il est administré à l'intérieur; nous l'y retrouverons.

f. Le *seigle ergoté* est un excellent médicament qui

nous est fort utile dans le traitement de la métrite chronique ; mais à cette double condition, et qu'on l'administrera dans la première période de la maladie, alors que l'utérus est mollasse, gorgé de sang ou de sérosité, et qu'on ne le donnera pas dans les cas où il y a inflammation de la muqueuse de la cavité du corps, en même temps que du parenchyme, car alors des douleurs assez vives seraient la conséquence inévitable des contractions qu'il solliciterait dans le tissu de la matrice. Ces contractions sont, en effet, la condition essentielle du succès de ce médicament. C'est en excitant la vitalité du tissu propre de l'utérus qu'il agit ; et, sous l'influence des contractions qu'il sollicite, on voit l'organe se réveiller en quelque sorte, et reconquérir sa tonicité. La circulation, un moment ralentie dans les vaisseaux, reprend son cours régulier, les exsudats qui devaient donner lieu à la production du tissu lamineux interstitiel, n'ont pas le temps de se former, ou sont immédiatement résorbés, et il n'est pas rare de voir la métrite chronique se guérir, sans arriver à la deuxième période, lorsque l'on a la bonne fortune de pouvoir administrer le seigle ergoté à temps, et que l'on ose le continuer avec une persistances uffisante.

Vous pouvez l'administrer de plusieurs façons. Tantôt on le donne seul ; en poudre, par paquets de 25 centigrammes ; tantôt on en fait des pilules. On peut l'associer, soit au carbonate de fer, soit à la poudre de colombo ou de cannelle ; je fais assez souvent des paquets de 50 centigrammes, contenant de 20 à 25 centigrammes de seigle ergoté et 25 ou 30 centigrammes de l'une ou de l'autre des trois substances

que je viens de vous indiquer, ou même de ces trois poudres mélangées à parties égales, et je donne de un à deux de ces paquets chaque jour. Je les fais continuer pendant 8 ou 10 jours, pour les interrompre ensuite pendant un temps égal, sauf à y revenir plus tard, ou à les remplacer par des pilules dont voici la composition :

℞ Ergotine........................	} àà	5 grammes.
Carbonate de fer................	}	
Extrait gommeux d'opium........		25 centigr.
Mêlez.		
F. s. a..............................		50 pilules.

En prendre 4 par jour.

L'ergot de seigle ou l'ergotine doivent toujours être suspendus lorsqu'après leur administration il survient des coliques un peu persistantes et douloureuses, dues aux contractions utérines sollicitées par le médicament et qui ont pris alors plus d'intensité qu'il ne le faudrait. Il convient également d'en arrêter l'usage lorsque l'écoulement sanguin, qui se manifeste souvent pendant les jours qui suivent son administration, a complètement disparu ou notablement diminué.

g. De l'ergot de seigle il conviendrait de rapprocher la *digitale*, s'il était bien démontré qu'elle a, comme l'ont pensé West et Howschip Dickinson, une action analogue sur les fibres utérines, et que, comme lui, elle détermine leur contraction. Mais je vous ai dit n'avoir jamais pu constater cette action dans les circonstances extrêmement nombreuses où j'ai administré la digitale (1); aussi, est-ce seulement à titre d'hé-

(1) Voy. p. 528.

mostatique et en raison de son action spéciale sur la circulation générale que je la conserve, comme un des médicaments les plus précieux que nous ayons à notre disposition, pour le traitement des affections utérines avec métrorrhagie.

h. Les *alcalins* ont, à titre d'altérants, leur place dans le traitement de la métrite chronique. On ne les emploie guère à l'intérieur que sous forme d'eaux minérales, prises à la source ; et alors, non seulement on associe toujours au traitement interne le traitement externe par les bains ou par les douches, mais même c'est ce dernier qui a la prééminence. Je dois vous dire, à ce sujet, que si l'on se contente maintenant de faire boire quelques verres seulement d'eau de Vals ou de Vichy, aux femmes que l'on envoie dans l'une ou l'autre de ces stations, pour se traiter d'une métrite chronique, c'est que l'on a reconnu l'inconvénient de l'abus excessif de ces eaux, qui se faisait autrefois, surtout dans une maladie qui, comme celle qui nous occupe, prédispose si manifestement à la chlorose et à l'anémie. On redoute, non sans raison, les suffusions séreuses, avec tous les accidents qui en sont la conséquence et qui ne manquaient pas de se produire trop souvent, lorsque les malades, abandonnées à elles-mêmes, ingéraient de 10 à 12 verres d'eau alcaline par jour. Ces excès thérapeutiques, en raison du danger auquel ils exposent, avaient aussi pour résultat de compromettre une médication utile et qui, bien dirigée, peut être d'un grand secours. Il en résulte, peut-être, que, prises à doses modérées, les eaux alcalines n'agissent plus à titre d'altérants ou de fondants, et qu'elles n'ont d'autre effet que de faire disparaître

certains troubles digestifs chez les malades dyspeptiques; mais c'est là, à mon sens, un progrès bien plutôt qu'un inconvénient et il reste l'effet du bain qui dans certains cas peut être fort efficace.

Le bain alcalin agit à la fois et comme bain tiède et en raison des principes médicamenteux qu'il renferme. Aussi, pour favoriser cette double action, y a-t-il avantage à mettre l'eau minérale en contact aussi direct que possible avec l'organe malade et surtout avec une surface muqueuse, mieux disposée que la peau pour faciliter son absorption. C'est ce qui s'obtient en prolongeant le bain et en faisant pratiquer, pendant sa durée, des irrigations vaginales avec l'eau contenue dans la baignoire. Ces irrigations se font facilement au moyen d'un petit entonnoir, terminé par un tube en caoutchouc, auquel est adaptée une canule à injection ordinaire. La canule étant introduite dans le vagin et l'entonnoir fixé à une hauteur de 25 à 30 centimètres au-dessus de la baignoire, on y verse de l'eau du bain qui, en raison de la différence de niveau, s'écoule naturellement, ce qui permet à la malade de se donner elle-même, sans le moindre effort, une irrigation aussi prolongée que le bain lui-même. Ce petit appareil, que Willemin a retrouvé dans un des établissements de bains de Vichy, où il était oublié, et qu'il a remis en honneur, nous rend tous les jours de très grands services. Les bains alcalins, ainsi administrés, n'ont une action véritablement efficace que dans les premières phases de la métrite chronique, ou plutôt au moment où se fait la transition de la première à la seconde période. Il n'est pas indispensable qu'ils soient pris à la source même, et l'on se trouve tout aussi bien de

bains simples additionnés de sous-carbonate de potasse ou de soude.

Les eaux chlorurées-sodiques et, en particulier, les bains de sel marin, ou ceux qui sont composés avec des eaux mères contenant, outre le chlorure de sodium, des bromures et des iodures, ont une action un peu plus énergique et conviennent surtout dans une phase plus avancée de la maladie. On doit les préférer aux bains simplement alcalins lorsqu'est arrivée la période d'induration, avec exubérance du tissu conjonctif et diminution du calibre des vaisseaux sanguins.

Les bains et les irrigations sans pression, dont je viens de parler, constituent le meilleur mode d'emploi de ces eaux, et il est fort rare que je les administre en douches, si ce n'est dans les cas où il faut obtenir une stimulation spéciale, pour laquelle l'eau froide ou les eaux sulfureuses me paraissent convenir davantage.

i. Le type de la médication altérante est certainement l'abstinence, la *cura famis ;* que Valsalva avait introduite dans la pratique médicale pour le traitement de l'hypertrophie du cœur et des anévrysmes ; que notre compatriote Aran a cru devoir étendre au traitement de la métrite chronique. Traitement rigoureux, dont la sévérité, poussée jusqu'à la barbarie, se comprend lorsqu'il s'agit d'une maladie fatalement mortelle, dans un court espace de temps, comme un anévrysme et pour la curation et le soulagement de laquelle on est autorisé à tout tenter; mais qui se justifie moins lorsqu'il s'agit simplement de la métrite chronique qui, si elle constitue un état pénible pour les malades qui en sont affectées, ne compromet en aucune façon leur existence. Il est vrai que Aran avait

un peu atténué les rigueurs de l'inanition prolongée à laquelle Valsalva soumettait ses malades; ainsi il leur permettait un peu de viande grillée, et, au lieu de les condamner à ne boire que de l'eau, il leur permettait de prendre un verre de vin de Bordeaux à chacun des repas qu'elles étaient autorisées à faire, moins pour s'alimenter que pour ne pas se laisser mourir complètement de faim.

On ne tarde pas à voir un amaigrissement notable se produire chez les malades soumises à un tel régime, et il y a lieu de penser que leur utérus, dont le volume a été augmenté par l'exubérance du tissu cellulaire, peut participer, dans une certaine mesure, à cet amaigrissement général. Toutefois, il est permis de douter que ce travail de résorption, cette sorte d'autophagie, puisse se faire sentir tout d'abord sur un organe dont la vitalité est, en temps ordinaire, aussi obscure que celle de l'utérus; et tout porte, au contraire, à admettre que la diminution de volume de l'organe utérin succédera à l'émaciation générale au lieu de la précéder. C'est ce qui paraît être arrivé dans les cas observés par Aran, qui, tout en se montrant disposé à incliner vers ce mode de traitement, a cependant soin de nous prévenir qu'il le réserve exclusivement pour les femmes fortes, vigoureuses et douées d'un embonpoint exagéré. Mais, même dans ces cas choisis, et, tout en acceptant comme bien établie la diminution de volume de l'utérus qu'il dit avoir constatée, on est encore en droit de se demander combien de temps cette diminution de volume s'est maintenue après le retour à une alimentation suffisante. Au surplus, l'augmentation de volume de l'utérus est loin d'être toute la ma-

ladie et c'est, comme j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de vous le dire, se méprendre singulièrement que de faire des dimensions de cet organe le criterium unique de l'action d'un traitement; car nous savons parfaitement que beaucoup de femmes conservent un utérus notablement tuméfié sans être sensiblement incommodées, tandis que d'autres sont épuisées par les douleurs et les écoulements résultant d'une métrite chronique qui a peu modifié les dimensions de leur matrice. D'un autre côté, il importe de savoir dans quel état se sont trouvées, après la cessation du traitement par l'abstinence, les malades qui y ont été soumises et si la débilitation, produite chez elles par ce régime, n'est pas venue s'ajouter, plus tard, d'une façon fâcheuse, à celle qui est habituellement la conséquence de la métrite chronique. Nous n'avons pas de renseignements à ce sujet, et, comme ce que nous avons le plus à craindre, dans le cours de la métrite chronique, c'est l'épuisement des malades, l'émaciation, l'amaigrissement, l'altération des qualités du sang qui résultent des troubles apportés dans leur nutrition par le fait même de la maladie, je pense que, loin de nous croire autorisés à les soumettre au traitement par l'abstinence, nous devons, au contraire, essayer, par tous les moyens en notre pouvoir, de les réconforter et de les nourrir.

C. Dérivatifs et révulsifs. — La médication par les révulsifs et les dérivatifs peut, jusqu'à un certain point, être considérée comme faisant partie de la médication altérante, et l'on y voit figurer plusieurs des agents thérapeutiques dont je viens de vous entretenir. Leur action est, en effet, souvent complexe, car ils

peuvent être, dans bien des cas, considérés comme sollicitant certaines modifications moléculaires capables de faciliter le travail de résorption des produits plastiques déposés dans la trame des tissus ; c'est à ce titre qu'ils se rattachent à la classe des altérants. Mais, souvent aussi, ils agissent en provoquant une révulsion véritable, tout à fait indépendante de ce travail de résorption moléculaire. Ils peuvent exercer leur action soit sur la muqueuse des voies digestives, soit sur la peau.

a. Tous les *purgatifs* peuvent être administrés à titre de révulsifs internes, et leur intervention est justifiée d'autant mieux, dans le traitement de la métrite chronique, que la constipation est un symptôme fréquent de cette maladie, qui réclame souvent leur emploi. Mais ce n'est pas en tant que laxatifs qu'ils nous intéressent en ce moment, et si nous voulons qu'ils exercent une action véritablement révulsive sur l'utérus enflammé, il faudra que nous nous adressions de préférence à ceux qui provoquent une vive irritation de la muqueuse intestinale, c'est-à-dire aux *drastiques*. C'est ainsi qu'agissent les lavements d'aloès, recommandés par Aran, et qui ne m'ont pas plus réussi dans le traitement de la métrite parenchymateuse, que dans celui de la métrite interne, où je n'ai pas cru devoir vous les vanter. C'est ainsi qu'agiraient l'huile de croton, la gomme gutte, la coloquinte et les autres purgatifs résineux. Mais, à quoi bon chercher à provoquer une irritation des voies digestives inférieures, qui peut bien aller jusqu'à la phlogose, quand on sait que l'inflammation de la muqueuse rectale peut parfaitement survenir toute seule, dans le cours de la métrite chronique, sans être en aucune façon provoquée

par une médication quelconque, et que, quand elle survient ainsi, loin d'exercer une action résolutive sur l'utérus enflammé, ou de faire une dérivation favorable, elle constitue bien plutôt un symptôme extrêmement pénible, qui aggrave, sans aucune compensation, l'état des malades? Pour ces raisons, il est rare que je demande aux purgatifs autre chose que leur action évacuante; cependant il m'arrive parfois de chercher à utiliser les propriétés fondantes du calomel, en même temps que sa vertu purgative, et, alors, je l'administre d'une façon suivie, tous les 2 ou 3 jours, pendant plusieurs semaines, à la dose de 50 à 60 centigrammes, pris en une seule fois.

b. Quant aux *révulsifs cutanés*, qui consistent en applications irritantes, pratiquées sur la peau, tant de l'abdomen que de la partie supérieure des cuisses, ils sont moins nuisibles à la santé générale et peuvent, par conséquent, être plus largement employés. Ils sont utiles à la condition que leur action sera soutenue et prolongée pendant un certain temps. J'en ai vu faire un grand usage par M. Huguier, qui savait les manier de façon à en retirer des effets souvent remarquables. Au début, ce sont de larges applications d'huile de croton pratiquées sur tout l'hypogastre, les aines et même la partie interne et externe des cuisses. Ces frictions répétées à 3 ou 4 jours d'intervalle, modèrent souvent les poussées inflammatoires qui tendent à se propager au péritoine et aux organes péri-utérins. Les frictions d'huile de croton doivent être préférées à celles de la pommade stibiée, dont l'éruption, plus profonde et plus douloureuse, laisse des traces indélébiles. De larges vésicatoires, réitérés en

nombre suffisant, produiraient le même effet ; mais l'action de ces moyens est essentiellement passagère, et, s'il est bon d'y avoir recours pour dissiper ou prévenir certaines complications, ils ne sauraient faire le fond du traitement d'une maladie aussi longue que la métrite chronique.

On obtient un effet analogue et qu'il est possible de perpétuer pendant un temps beaucoup plus long, en faisant sur la peau de l'abdomen des badigeonnages avec la teinture d'iode. Lorsqu'on a recours à ce moyen on se trouve associer à l'action révulsive du médicament, son action fondante, qui est incontestable, et c'est une raison suffisante pour préférer ce révulsif à tous les autres.

Huguier ne reculait pas devant l'application de cautères ou de moxas et même de petits sétons consistant en quelques brins de fil seulement, percés au moyen d'une simple aiguille à suture, dans la région hypogastrique, à quelques centimètres en dehors de la ligne blanche. Ces exutoires, que l'on peut entretenir pendant plusieurs semaines, puis renouveler, s'il y a lieu, m'ont paru être plus utiles dans le traitement des phlegmasies péri-utérines chroniques que dans celui de la métrite simple. Ces derniers moyens, tout en se rapprochant, en raison de leur point d'application de ceux qui font partie de la médication locale, appartiennent encore à la médication générale par la façon dont s'exerce leur action.

De tout ce que je viens de vous dire vous pouvez conclure dès à présent, Messieurs, que la médication générale, dirigée contre la métrite chronique, ne peut avoir d'influence sur l'état de l'utérus qu'à la condi-

tion d'être profondément agressive et d'exercer une perturbation puissante sur l'ensemble de l'organisme. Rien ne vous rend mieux compte de l'ébranlement imprimé alors à toute l'économie, que le traitement par l'abstinence, dont certaines malades d'Aran ont supporté toutes les rigueurs pour de bien minces, et je pourrais même dire pour de bien problématiques résultats. J'avoue, pour mon compte, ne pas me sentir la force de poursuivre, ni de vous encourager à poursuivre, avec la persévérance qui serait nécessaire pour obtenir une modification bien minime dans l'état organique de l'utérus, l'application suivie de l'une quelconque des médications générales que je viens de vous indiquer. Il était de mon devoir de vous les faire connaître pour vous mettre à même de les juger et vous faire comprendre pourquoi les antiphlogistiques, les altérants ou les révulsifs ne doivent jamais être employés systématiquement, pas plus les uns que les autres. C'est surtout parce qu'ils sont tous profondément débilitants, et que loin de débiliter les femmes affectées de métrite chronique il faut au contraire les relever et les tonifier. Il en résulte que la vraie médication générale, applicable à peu près indistinctement à tous les cas de métrite chronique, doit avoir une action opposée à celles dont il vient d'être question et tonifier au lieu de débiliter, relever au lieu de déprimer.

Seulement, comme cette médication tonique et reconstituante s'adresse au sujet malade, bien plutôt qu'à la maladie elle-même; comme à elle seule elle ne pourrait en aucun cas suffire à la guérison de cette maladie; comme son action se borne à fournir à la malade la force nécessaire pour lui permettre de ré

sister à la fois, et à sa maladie et au traitement destiné à la faire disparaître, il n'en peut être question en ce moment. Elle ne peut, malgré son importance incontestable, être considérée que comme un des éléments accessoires de la médication, et c'est pourquoi j'ai dû me résoudre à ne vous en parler que plus tard, quand je vous aurai fait connaître la médication locale, qui doit faire la base du traitement auquel elle est destinée à venir en aide.

II. Médication locale.

Plusieurs des agents thérapeutiques dont nous avons eu à nous occuper, en parlant de la médication générale, vont se présenter à nous, comme éléments principaux de la médication locale, et nous trouverons l'occasion de les utiliser avec plus de profit, justement parce que leur action ne retentira plus d'une façon aussi énergique sur l'ensemble de l'organisme. De ces moyens, les uns s'adresseront plus spécialement aux lésions du parenchyme, les autres aux altérations qui affectent la muqueuse, et nous aurons soin d'insister plus particulièrement sur les uns ou sur les autres, suivant que chacun des deux tissus sera plus particulièrement affecté.

Cependant, puisqu'il est parfaitement établi que les lésions essentielles de la métrite chronique sont celles qui intéressent le parenchyme même de l'utérus ; que ces lésions primordiales peuvent exister indépendamment des lésions de la muqueuse et constituent, à elles seules, toute la maladie ; que, dès lors, les altérations de la muqueuse, et particulièrement ses ulcérations,

ne doivent plus être considérées que comme une conséquence de la métrite parenchymateuse, une sorte d'accident ou d'épiphénomène qui ne peut en aucune façon exister à l'état isolé et indépendant, il est tout naturel que le traitement vise avec plus de soin et de persévérance l'état du parenchyme que celui de la muqueuse.

Ce n'est pas dire, pour cela, que ce dernier doive être négligé, mais seulement qu'il ne faut pas, à l'exemple de certains praticiens, concentrer toute votre attention sur les ulcérations du col et espérer les guérir par un traitement dirigé exclusivement contre elles, sans songer à modifier l'état du tissu utérin enflammé, sur lequel elles reposent. Bien plutôt, au contraire, pourriez-vous espérer voir les ulcérations disparaître, quelquefois d'elles-mêmes, sans aucun traitement spécial, si, sous l'influence d'une action médicatrice quelconque, le parenchyme reprenait ses qualités physiologiques et normales. Les choses se passent ainsi moins souvent que le pensait Aran, mais il suffit cependant que ce soit possible pour justifier la règle de conduite que je vous conseille de suivre, et qui consiste à ne négliger aucun des deux ordres d'altérations dont la réunion constitue l'ensemble de la maladie que vous devez combattre, tout en vous adressant plus particulièrement à celle de ces deux altérations dont l'importance prédomine dans la constitution de cette maladie.

A. *Moyens dirigés contre les lésions du parenchyme.* — La plupart de ces moyens sont au nombre de ceux dont nous nous sommes occupés en parlant de la médication générale, et reprenant le chemin que nous avons déjà parcouru, nous allons voir comment leur action, s'exerçant plus faiblement sur l'or-

ganisme, en même temps que plus directement sur l'organe affecté, peut être utilisée dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

a. Les *émissions sanguines* que nous retrouvons ici, se présentent à nous dans des conditions bien différentes de celles de la saignée générale, que nous avons dû repousser. Il s'agit, en effet, de soustraire une certaine quantité de sang aux vaisseaux utérins, sans que l'économie tout entière ait trop à souffrir de cette spoliation ; et on est en droit d'espérer que la perte de sang provenant directement des vaisseaux engorgés produira, — au point de vue de la modification apportée dans le tissu même qui est le siège de l'inflammation, — un effet plus utile que celui qui pourrait résulter d'une évacuation plus considérable, faite par l'ouverture d'un gros vaisseau. Dès lors, la saignée locale n'a plus, qu'à un très faible degré, les inconvénients de la saignée générale, et on peut y avoir recours sans crainte de débiliter trop profondément ses malades.

Il n'y a peut-être pas un seul cas de métrite chronique dans lequel elle ne puisse être très avantageusement employée, soit au début de la maladie, soit même plus tard, quand surviennent ces retours aigus de l'inflammation, qui sont si fréquents au moment des époques menstruelles. Aran allait même jusqu'à professer que l'on trouvait l'occasion d'y avoir recours dans presque tous les cas de métrite chronique, quelle que fût, d'ailleurs, la période de la maladie à laquelle on eût affaire, et il recommandait de débuter toujours par une ou plusieurs applications de sangsues.

J'ai longtemps conformé ma pratique à ce précepte, et si, dans le plus grand nombre des cas, j'ai eu à m'en

louer, je dois reconnaître que, dans certains autres, les émissions sanguines m'ont paru, non pas nuisibles, — parce que je ne les ai jamais faites assez abondantes pour cela, — mais parfaitement inutiles. Ces cas sont ceux dans lesquels, la maladie étant parvenue à sa seconde période, les vaisseaux utérins sont oblitérés et le tissu propre de l'organe reste induré et anémié.

Ces cas étant donnés, M. Seyfert, de Prague, et M. de Scanzoni, après lui, ont parfaitement raison de proscrire les sangsues ; mais, en généralisant cette proscription, ils oublient que cet état marque plutôt la fin que le début de la maladie, et que la même logique qui leur fait repousser les sangsues, dans cette période, devrait les leur faire recommander dans celle du début, pendant laquelle la congestion domine.

Les émissions sanguines qu'il convient de pratiquer alors, doivent être, vous ai-je dit, aussi modérées que possible ; et la meilleure manière de les faire peu abondantes, tout en leur conservant une certaine efficacité, c'est de retirer le sang des vaisseaux mêmes de l'organe malade. A ce point de vue, rien ne peut valoir mieux qu'une application de sangsues faite directement sur le col de l'utérus. C'est le mode d'emploi auquel j'ai le plus volontiers recours ; j'applique de quatre à six sangsues à la fois, lorsque, l'utérus étant gros, volumineux, tuméfié, son col présente une coloration violacée et que cet état coïncide avec un certain degré de dysménorrhée douloureuse. C'est surtout quelques jours avant l'irruption des règles, ou avant l'époque présumée de leur retour, que les sangsues me paraissent devoir être préférablement appliquées, sauf à y revenir au bout de huit à dix jours, si l'écoulement

des règles ne s'est pas fait dans de bonnes conditions. On peut réitérer cette pratique pendant trois ou quatre mois consécutifs, en se guidant sur la façon dont se fait la menstruation, et en persistant tant qu'elle reste difficile et douloureuse.

Cette manière de procéder diffère un peu de celle de West, qui fait mettre 4 sangsues à la fois, en recommandant d'y revenir tous les huit ou dix jours, et de celle d'Aran qui les mettait au nombre de 6 à 10, en ne se guidant que sur la douleur pour fixer l'époque de leur application. Je ne trouve pas qu'il soit utile d'aller aussi loin et je n'augmente le nombre des sangsues que quand, une raison quelconque m'empêchant de les appliquer sur le col de l'utérus, je suis obligé de les faire placer, soit aux grandes lèvres, soit à l'hypogastre. Dans ce dernier cas, il faut en élever le chiffre jusqu'à douze ou quinze ; on peut même les remplacer par quelques ventouses scarifiées (6 ou 8), comme cela se fait dans la métrite aiguë ; mais vous comprenez que, dans les cas de métrite chronique, l'émission sanguine devant être plus souvent réitérée et le sujet étant plus débilité, on doit veiller à ce que la déperdition sanguine soit beaucoup moindre.

La façon dont les sangsues sont appliquées peut contribuer, pour une grande part, à ce que la perte de sang soit plus ou moins abondante ; et, sans entrer dans le détail de cette petite opération, que vous connaissez tous, je ne puis m'empêcher d'insister sur le soin tout particulier avec lequel vous devez veiller à ce qu'aucun repli du vagin ne fasse saillie dans le spéculum, lorsque vous appliquez cet instrument pour découvrir le col, afin d'y poser les sangsues. Il suffit,

en effet, que le col ne soit pas bien exactement embrassé par le rebord du spéculum plein, — dont il faut toujours se servir en pareil cas, — pour qu'une sangsue puisse aller mordre sur le vagin, dans le point où les veines sont généralement volumineuses et dilatées, et provoquer ainsi une hémorrhagie plus abondante que celle que vous auriez eu l'intention d'obtenir. C'est ce qui est arrivé à une malade soignée par Aran, et qui, du reste, s'en est fort bien trouvée. La même chose s'est produite dans mon service, il n'y a pas très longtemps; mais avec un résultat tout autre, car la malade, effrayée par cette hémorrhagie, qui l'avait un peu affaiblie, n'a plus voulu se soumettre à de nouvelles applications de sangsues, qui lui auraient été cependant fort utiles.

On conseille aussi de s'opposer, avec non moins de soin, à ce qu'une sangsue aille mordre dans l'intérieur de la cavité utérine, à travers l'orifice du col entr'ouvert ; et on peut le faire en y introduisant un petit bourdonnet de charpie. Mais cet inconvénient me paraît beaucoup moins sérieux que la morsure du vagin. Je doute fort, en effet, qu'une sangsue pénètre jusque dans la cavité utérine, et je ne vois pas grand mal à ce qu'elle s'attache dans la cavité du col, sur laquelle nous avons si souvent occasion de faire des scarifications, sans qu'il en résulte le moindre accident.

Je ne vous parle pas des instruments qui ont été inventés dans le but d'appliquer directement des ventouses scarifiées sur le col, ou des mouchetures analogues aux morsures de sangsues ; car ils sont d'un maniement peu commode, et leur action ne vaut pas celle des sangsues elles-mêmes; cependant je fais souvent avec un long bistouri droit, en forme de lance,

des scarifications qui peuvent, dans une certaine mesure, remplacer les sangsues en provoquant un écoulement sanguin modéré.

b. L'action des émissions sanguines locales doit être aidée par celle des *bains;* des grands bains, dont je vous ai parlé, et de certains moyens locaux qui n'agissent, comme eux, que par la chaleur humide qu'ils entretiennent. Les bains de siège, tièdes, et dont la durée doit être prolongée au moins vingt-cinq ou trente minutes, n'offrent aucun avantage sur les grands bains, qu'ils remplacent en partie, mais ils ont l'inconvénient d'imposer à la malade une attitude fatigante qui la force bien vite à y renoncer. — Cet inconvénient n'existe plus lorsqu'on prend le bain de siège froid ou même simplement frais, parce qu'alors on y séjourne beaucoup moins longtemps, surtout si les bains de siège sont tout à fait froids et à courant continu, comme je les prescris fort souvent au début de la métrite chronique, à titre d'antiphlogistiques, lorsqu'il se produit des poussées inflammatoires et que la phlegmasie, portant plus particulièrement sur la muqueuse, donne lieu à des métrorrhagies (1).

Les cataplasmes émollients, placés sur le ventre ; les lavements émollients, les injections émollientes et narcotiques exercent aussi une action sédative, qui en fait des moyens utiles comme adjuvants de la médication locale antiphlogistique. Les *injections vaginales* demandent, pour pouvoir produire un bon effet, à être administrées avec quelques précautions, auxquelles vous trouverez les malades rarement disposées à se sou-

(1) Voy. p. 520. *Traitement de la métrite interne.*

mettre. Il faut que le liquide reste un certain temps en contact avec le col utérin, et non seulement cela n'a pas lieu lorsqu'on se contente de faire, comme il est d'usage, l'injection, la femme étant simplement accroupie et le tronc restant dans la station verticale, mais même il est douteux que, dans cette attitude, le liquide injecté puisse arriver toujours jusqu'au museau de tanche. Les choses se passent tout autrement, lorsque l'injection est faite la femme étant couchée, étendue sur le dos ; et c'est cette position qu'il faut toujours recommander.

J'ai vu une dame de l'Amérique du Sud remplacer les injections, que je lui avais prescrites, par une sorte de bain local, fort usité, m'a-t-elle dit, dans son pays, et qui offrait cet avantage de laisser le liquide médicamenteux pendant un temps assez prolongé en contact avec les parties malades. Elle se mettait dans la position que M. Sims fait prendre pour appliquer son spéculum univalve; c'est-à-dire à genoux sur son lit, le corps incliné en avant, de façon à faire un angle aigu avec les cuisses demeurées verticales, et la tête appuyée sur les deux avant-bras réunis. Dans cette attitude le périnée occupant la partie la plus élevée, il suffisait d'entr'ouvrir les grandes lèvres pour pouvoir, à l'aide d'un vase en forme de théière, verser dans le vagin une certaine quantité de liquide qui, remplissant sa cavité, baignait le col et y demeurait tant que la malade ne changeait pas de posture.

Ces bains locaux fort utiles, et que nos compatriotes n'accepteront pas sans une certaine résistance, ont absolument la même action que les *cataplasmes vaginaux,* qui ont été fort en usage pendant un temps, et

auxquels on a eu tort de renoncer malgré les difficultés de leur application. Il serait bon que les médecins se décidassent à les remettre en usage, ne fût-ce que pour faire cesser le charlatanisme éhonté de certains exploiteurs dont tout le secret consiste à placer dans le vagin des sachets remplis de substances émollientes qui se délayant au contact des mucosités vaginales, finissent par se transformer en véritables cataplasmes.

c. A une période plus avancée de la maladie, les *fondants* nous fourniront des topiques qui pourront être avantageusement employés de la même manière. Vous me voyez assez souvent, lorsque l'utérus est très volumineux et que, sur la surface du col, les marbrures jaunâtres de la deuxième période succèdent à la coloration violacée de la première, appliquer au fond du vagin un tampon d'ouate contenant à son intérieur un peu d'iodure de potassium (de 50 centigrammes à un gramme), et le laisser en place pendant vingt-quatre heures. Les mucosités vaginales, imbibant le tampon, finissent par dissoudre le sel iodé, dont l'action topique se trouve ainsi continuée dans des conditions plus favorables que s'il avait été employé sous forme de pommade. Il arrive parfois que l'iodure de potassium, ainsi employé, exerce une action irritante et provoque une exulcération de la muqueuse du col ou du vagin, mais cela n'a pas la moindre importance fâcheuse ; je dirais même presque au contraire, car j'ai à vous parler de moyens plus énergiques et dont l'action révulsive doit s'exercer, justement en provoquant une déperdition de substance, au moins sur la muqueuse de la portion vaginale du museau de tanche.

d. Tous les *caustiques* depuis les plus énergiques

jusqu'aux plus légers, aux simples *cathérétiques*, ont été employés, dans le but de déterminer sur l'utérus chroniquement enflammé une révulsion susceptible de provoquer la résorption des produits plastiques, déposés et organisés dans son tissu.

Le plus utile de tous à ce point de vue est bien certainement le *fer rouge*, dont nous devons à Jobert d'avoir vulgarisé l'usage et qui, après avoir été repoussé, est aujourd'hui employé par tous les praticiens qui ont à traiter des affections utérines. Lorsque vous aurez l'occasion de l'appliquer, vous devrez toujours vous servir d'un spéculum plein pour découvrir le col sans que le vagin puisse être atteint par le fer rouge. Vous aurez soin que le col fasse seul saillie dans l'aire du spéculum et qu'aucun repli du vagin ne s'y présente avec lui; car si vous cautérisiez le vagin, vous vous exposeriez à des accidents de plusieurs sortes, dont l'un immédiat : l'inflammation pouvant se prolonger jusqu'au péritoine; dont d'autres plus éloignés auraient des conséquences également fâcheuses, comme par exemple la formation de brides cicatricielles succédant à la chute des eschares et produisant le rétrécissement du conduit. Pour mieux protéger le vagin on a fabriqué des spéculums avec des corps mauvais conducteurs du calorique ; comme le bois, la corne, l'ivoire, etc. ; mais, quand la cautérisation est faite avec rapidité, les parois d'un spéculum métallique n'ont pas le temps de s'échauffer suffisamment pour que le rayonnement s'étende jusqu'à la muqueuse vaginale, et faute d'autre, vous pouvez très bien prendre un spéculum en métal. Seulement, il ne faudra pas négliger de le rafraîchir après chaque application du fer rouge, en injectant un

peu d'eau froide dans sa cavité, avant de le retirer. Cette précaution qu'il faut toujours prendre, même quand on se sert d'un spéculum en bois ou en ivoire, est surtout indispensable lorsque, ayant à cautériser profondément, on porte plusieurs fois de suite le cautère sur le col, ou que, à l'exemple de Jobert, on y éteint successivement plusieurs fers rouges dans la même séance.

Jobert tenait essentiellement à ce que son fer fût toujours rougi à blanc; Scanzoni, au contraire, pense qu'il suffit de le porter à la température du rouge sombre. Sans avoir à cet égard toutes les exigences de mon ancien maître, je tiens cependant, comme lui, à ce que les cautères dont je me sers aient une température assez élevée pour pouvoir bien calciner la portion de tissu avec laquelle je les mets en contact. Lorsque le fer n'est pas assez chaud, les tissus lui adhèrent sans être brûlés et se déchirent par lambeaux, au moment où on le retire; je vois à cela de nombreux inconvénients, qui ne me paraissent être compensés par aucun avantage.

Bonnafont remplace le fer rouge par de petits cylindres de charbon qu'il monte sur un porte-crayon pour pouvoir les porter sur le col, après les avoir enflammés. Ils sont composés de poudre de charbon très fine et solidifiée par son mélange avec de la gomme adragante. Dans le principe il y avait ajouté un peu de salpêtre pour faciliter la combustion, mais cette substance a dû être supprimée à cause de la déflagration à laquelle elle donnait lieu. La cautérisation produite par cet emploi direct du feu est souvent suffisante; mais ces petits cylindres de charbon s'éteignent assez facilement quand ils sont en contact avec les tissus à cautériser, qui fournissent toujours du sang ou d'autres

liquides, et, alors, il faut ou les rallumer ou en avoir un certain nombre de préparés à l'avance, ce qui complique nécessairement l'opération et la fait durer plus longtemps. Ce ne serait là qu'un mince inconvénient puisque la cautérisation du col utérin est absolument exempte de douleur ; j'en trouverais un plus sérieux en ce que l'on ne peut pas mesurer l'action caustique avec autant de certitude et de précision que si l'on se sert de fer rouge ; et cela a une grande importance à mes yeux, car le succès du traitement par la cautérisation est, suivant moi, tout entier dans la façon dont on la pratique, en graduant l'intensité de son application suivant les cas.

Cette application peut être faite aux deux périodes de la métrite chronique; mais, en raison des différences anatomiques qui caractérisent chacun de ces deux états, elle se proposera deux buts tout à fait différents.

S'il s'agit d'une métrite au premier degré, avec un utérus volumineux, dont le tissu est rouge et mollasse, dont la muqueuse fortement injectée est le point de départ d'hémorrhagies fréquentes, la cautérisation devra être pratiquée profondément, avec vigueur ; de façon à produire une eschare épaisse, pénétrant assez avant dans les tissus ; dont l'élimination demandera un temps assez long pour que les vaisseaux soient oblitérés au moment où elle se détachera; dont la cicatrice sera assez épaisse pour qu'en se rétractant elle puisse, par une sorte de compression exercée sur les tissus voisins, en exprimer les liquides (sang ou sérosité) qui y stagnent.

S'agit-il, au contraire, d'un utérus exsangue, anémié, comme il l'est dans la seconde période, on devra bien plutôt songer à ranimer sa vitalité, à activer la circulation qui menace de s'éteindre dans ses vaisseaux,

en partie oblitérés, et alors on demandera à la cautérisation d'exercer surtout son action stimulante. Pour cela, elle devra être légère, superficielle et ne produire qu'une eschare fort mince, s'éliminant en peu de temps, de façon à permettre d'y revenir plus souvent. C'est en cas pareil que la cautérisation superficielle avec un jet de gaz, que Nélaton avait introduite dans la pratique, peut trouver son indication.

Quant à la cautérisation avec un cautère chauffé par le courant électrique, que Becquerel avait tenté de vulgariser, elle ne présente aucun avantage spécial, et a tous les inconvénients qui résultent d'un outillage très compliqué et très difficile à manier. C'est ce qui m'y a fait renoncer, tout en reconnaissant que le cautère thermo-électrique donne absolument les mêmes résultats que le fer rougi au feu et permet de pourvoir aux mêmes indications. Le thermo-cautère de M. Paquelin m'offre de bien plus grands avantages, en ce qu'il est d'un transport et d'un maniement plus faciles, aussi me voyez-vous l'employer de préférence toutes les fois que je juge utile de recourir à la cautérisation actuelle. Il est surtout préférable à tout autre moyen lorsqu'on veut pratiquer ce que M. Courty appelle l'*ignipuncture*, qui consiste dans la cautérisation profonde du tissu utérin avec des tiges de très petit diamètre. On y a surtout recours dans les cas de tuméfaction considérable du col, sans ulcération, et on la pratique en enfonçant une petite tige métallique rougie à blanc, sur plusieurs points de la surface du museau de tanche et la faisant pénétrer jusqu'à une profondeur de 1 ou 2 centimètres.

Les *caustiques chimiques,* qui ont une action très

énergique, comme la potasse, le caustique de Vienne, le caustique Filhos, le chlorure d'antimoine, ne peuvent pas être employés dans les mêmes conditions que le cautère actuel, ni avec le même succès; d'abord, parce qu'ils fusent trop et que par conséquent on ne peut pas limiter leur action à volonté; puis, parce qu'ils donnent lieu à des eschares mollasses, bien différentes des eschares sèches du fer rouge et qui en se détachant, facilitent souvent la production de nouvelles hémorrhagies, tandis que l'un des buts principaux de la cautérisation est d'arrêter les écoulements sanguins.

La *cautérisation actuelle* dont je viens de vous signaler les avantages a aussi ses dangers, et je ne dois pas vous les laisser ignorer, ne fût-ce que pour éviter de compromettre à vos yeux ce précieux moyen de traitement, si dans votre pratique il vous survenait quelqu'un de ces mécomptes qu'il est toujours possible de prévenir. Je vous ai dit les précautions à prendre pour éviter de cautériser le vagin, ou même de l'échauffer outre mesure à travers le spéculum. Ce n'est pas là qu'est le plus grand danger, mais bien dans l'état des organes voisins de l'utérus, principalement des ovaires et des trompes. Si ces organes ne sont pas dans un état d'intégrité parfaite, si surtout ils sont enflammés et à plus forte raison si une phlegmasie ayant eu son point de départ soit dans ces organes, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin, a gagné le péritoine pelvien, abstenez-vous de toute espèce de cautérisation. Cette règle est absolue, vous la suivrez rigoureusement et sans la moindre exception si vous ne voulez pas vous exposer à voir vos malades mourir de péritonite, peu de temps après la cautérisation : mais c'est là, à peu près, la

seule contre-indication formelle, et, sauf ce cas, cette opération peut être pratiquée sans le moindre danger.

e. Certaines substances vésicantes ont été vantées comme pouvant amener une prompte résolution de l'engorgement utérin, par une action analogue à celle de la cautérisation.

Aran a placé des *vésicatoires* directement sur le col; je les ai essayés sans en obtenir de bien merveilleux effets. Ils sont assez difficiles à placer et à bien maintenir, et, si je voulais utiliser l'action des cantharides, je préfèrerais le procédé du médecin anglais Rob Jonhs, qui, après avoir dissous le principe actif de la cantharide dans l'éther, le mélange à une solution de gutta-percha dans le chloroforme, pour en faire une sorte de vernis avec lequel il fait tous les six jours un badigeonnage sur le col de l'utérus.

On obtient aussi la vésication du col avec la pommade à l'iodure de chlorure mercureux.

Enfin certaines autres substances, sans déterminer une vésication véritable, produisent un effet analogue en provoquant une exfoliation épithéliale abondante. Tels sont par exemple l'iode, dissous dans l'alcool que je réserve plus particulièrement pour les cas où le col de l'utérus est couvert d'ulcérations plus ou moins fongueuses, et l'acide phénique dissous dans la glycérine, qui convient mieux quand l'utérus est fortement congestionné, sans être ulcéré. Un tampon d'ouate, imprégné d'un mélange d'une partie d'acide phénique pour 19 parties de glycérine pure, est appliqué sur le col préalablement découvert au moyen du spéculum ; on le laisse 24 heures en place et on le renouvelle tous les jours ou tous les deux jours, suivant les effets obtenus.

En général, il en résulte une augmentation notable de l'écoulement leucorrhéique, qui devient plus séreux; mais, après quelques jours de ce traitement, il n'est pas rare de voir le col de l'utérus moins gonflé et surtout moins œdémateux.

Ce traitement doit être combiné avec l'hydrothérapie et surtout avec l'usage des douches et des irrigations vaginales d'eau froide.

f. L'*Électricité* à laquelle je ne trouve aucune raison de recourir, comme source de chaleur, pourrait être utilisée à un autre titre. En présence des modifications importantes que les courants continus ont la propriété de déterminer dans la nutrition des organes et des tissus, on est autorisé à se demander si le traitement de la métrite chronique ne devrait pas bénéficier de ce puissant moyen qui, convenablement employé, me paraît de nature à amener dans la vitalité des organes une modification favorable à la régénération des tissus.

B. *Moyens dirigés contre les lésions de la muqueuse.* — Tout en reléguant au second plan le traitement des lésions, et, en particulier, des ulcérations qui, dans la métrite chronique, apparaissent si fréquemment sur la muqueuse du col de l'utérus, il est bien entendu, Messieurs, que nous ne négligerons pas de nous en occuper et que nous n'hésiterons pas à leur opposer une médication énergique, toutes les fois qu'elles seront assez étendues et assez persistantes pour le nécessiter.

a. A un premier degré, et tant qu'il ne s'agit que de légères érosions ou d'ulcérations folliculeuses, tout à fait superficielles, on a le droit de penser, avec Aran, qu'elles peuvent disparaître spontanément, en même temps que la phlegmasie du parenchyme, lorsque cette

dernière aura cédé à un traitement approprié. C'est, du reste, ce qui arrive assez souvent dans le cours de la métrite aiguë, et tout à fait au début de la métrite chronique. Mais, même alors, et à défaut d'un traitement plus actif, il ne faut pas négliger certains soins qui relèvent au moins autant de l'hygiène que de la thérapeutique. Si simple et si superficielle que soit une plaie ou une ulcération, affectant un point quelconque du tégument, vous jugez nécessaire de la soumettre à des lavages assez réitérés, ne fût-ce que pour enlever les produits sécrétés par la surface malade ; puis vous la recouvrez de substances absorbantes, comme de la charpie ou une poudre inerte, pour empêcher le pus ou la sérosité de se répandre sur les parties voisines et de les irriter. Les ulcérations du col de l'utérus nécessitent les mêmes soins. On y pourvoit par des *injections*, pratiquées avec les précautions que j'ai eu soin de vous indiquer, ou par l'introduction dans le vagin, de *poudres absorbantes* et plus particulièrement d'amidon, soit pur, soit additionné d'une petite quantité de sous-nitrate de bismuth, de calomel, de sulfate de zinc, d'alun ou de tannin.

En ce qui concerne les injections, qu'il convient de faire le plus habituellement froides, il y a tout avantage à les rendre légèrement astringentes. La décoction de feuilles de noyer, qui a une grande vogue, est un peu irritante, et j'ai vu beaucoup de malades se plaindre de ce que son usage leur causait des démangeaisons à la vulve, c'est pourquoi j'y ai à peu près absolument renoncé pour lui préférer la décoction de feuilles de roses de Provins, et surtout celle de feuilles de myrte. On peut, plus simplement et sans autre pré-

paration, obtenir des liquides suffisamment astringents, en versant une cuillerée à bouche de sous-acétate de plomb liquide dans un litre d'eau pure, ou en y ajoutant une petite quantité de poudre d'alun, de sulfate de zinc, ou de tannin : toutes ces injections ont le même effet et peuvent être employées indifféremment.

b. L'application de *collodion,* soit simple, soit médicamenteux (iodé ou ferrugineux), aurait une action contraire à celle que doivent produire les injections, puisqu'elle retiendrait, sous une couche imperméable, les produits sécrétés par les surfaces ulcérées. Je pense qu'il y a d'autant moins lieu d'avoir recours, dans le traitement de la métrite chronique, à ces pansements faits par occlusion, qu'il est à peu près impossible d'appliquer assez exactement une couche de collodion sur le col ulcéré pour que l'occlusion soit parfaite. Il en est du moins toujours ainsi lorsque l'ulcération se prolonge jusque dans la cavité du col.

c. Lorsque les ulcérations ont gagné en surface et en profondeur, on est obligé d'agir plus directement sur elles, pour modifier leur vitalité et préparer leur cicatrisation. Les moyens qui produisent de semblables effets sont, ou de simples *cathérétiques*, ou de véritables *caustiques*. On peut dire, sans crainte de se tromper, que tous ceux de ces agents dont dispose la matière médicale ont été déjà employés ou sont destinés à être essayés, un jour ou l'autre, dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus.

Les plus usités sont : L'azotate d'argent ; l'azotate acide de mercure ; le deuto-chlorure de mercure ou sublimé, en solution alcoolique (solution de Plenck); la teinture d'iode ; le perchlorure de fer ; le sulfate de

fer; le sulfate de cuivre; le tannin, l'iodoforme; la créosote; l'acide pyroligneux; l'acide phénique; l'acide acétique; l'acide chromique; les acides sulfurique et azotique; les chlorures d'antimoine et de zinc; la pâte de Vienne; le caustique Filhos; la potasse caustique; le cautère actuel rougi au feu ou par le courant électrique, etc.

Le choix de ces divers agents n'est pas indifférent, car l'énergie de leur action n'est pas identique et il faut savoir graduer, dans chaque cas, l'activité de celui dont on veut faire usage à l'intensité de l'effet que l'on se propose d'obtenir. Laissez-moi donc vous dire en quelques mots comment se comportent ceux dont l'emploi est le plus usuel; et à quelles indications chacun de ceux dont je me sers le plus ordinairement me paraît être plus apte à pourvoir.

Celui qui vient en première ligne est l'*azotate d'argent,* qui peut être employé soit à l'état solide, soit en dissolution très concentrée (au tiers ou au quart). C'est un agent précieux, dont on a abusé, mais qui, employé avec à-propos, rend de très grands services. Le seul reproche qui puisse lui être sérieusement adressé est d'avoir une action trop légère et trop fugitive. Cela est vrai, car il ne détermine qu'une eschare peu épaisse qui est éliminée au bout de 4 à 5 jours; mais ce n'est pas une raison pour l'abandonner, comme l'a fait de Scanzoni, car nous nous adressons souvent à d'autres agents d'une activité moins grande. West lui fait, avec moins de raison, le reproche opposé d'être trop actif et de déterminer de la douleur ou des métrorrhagies. Je dois dire que jamais je ne l'ai vu occasionner la moindre douleur, et que, si parfois, il s'est écoulé quel-

ques gouttes de sang après son application, cet écoulement s'est promptement arrêté et n'a jamais eu plus d'importance que celui qui aurait pu être causé par un simple frottement avec un pinceau un peu rude.

Pour les ulcérations qui sont peu étendues au pourtour de l'orifice du col, mais qui pénètrent dans cet orifice, il faut se servir du crayon d'azotate d'argent, que l'on enfonce aussi loin que possible, dans la cavité cervicale. On n'a pas à craindre de pénétrer plus loin qu'il ne faut, car le canal est dilaté jusqu'aux limites de l'inflammation, puis il se rétrécit au delà, et la seule chose que l'on ait à redouter, c'est moins de dépasser les limites de la surface malade que de ne pas l'atteindre dans sa totalité. Vous n'avez pas oublié, en effet, que les replis de la muqueuse qui constituent l'arbre de vie sont imbriqués les uns sur les autres, et que le fond de ces replis ne peut pas être atteint par le crayon caustique. Pour arriver jusque sur ces points, il faut de toute nécessité faire usage d'un caustique liquide qui pourra s'insinuer dans toutes les anfractuosités. On a, alors, tout avantage à remplacer le crayon par un petit pinceau trempé dans la solution concentrée d'azotate d'argent. On enfonce ce pinceau aussi loin que possible, dans la cavité du col, et par une pression exercée sur les parois, on exprime tout le liquide dont il est imbibé.

Si l'ulcération est en totalité extérieure et n'affecte que la portion de la muqueuse du col qui est contenue dans le vagin, on pourra la toucher largement avec un pinceau imbibé de la solution d'azotate d'argent. L'opération sera ainsi plus rapide que s'il fallait promener le bout du crayon sur toute la surface ulcérée ; on l'atteindra ainsi dans sa totalité sans provoquer le moin-

dre écoulement de sang, et l'on verra immédiatement, toutes les parties privées de leur épithélium se recouvrir d'une pellicule blanchâtre, résultant de l'action du caustique sur la surface dénudée.

Les applications d'azotate d'argent doivent être renouvelées plusieurs fois de suite, et lorsqu'il s'agit d'une simple ulcération folliculeuse, on voit cette ulcération diminuer d'une application à l'autre. Comme l'eschare se détache en 4 ou 5 jours, il vaut mieux ne pas attendre une semaine, comme les exigences d'un service d'hôpital nous forcent à le faire, pour revenir à ces petites cautérisations, et le mieux est de les pratiquer tous les cinq ou six jours. Cependant, si la cautérisation a été faite avec le crayon porté profondément dans l'intérieur de la cavité du col, il pourra arriver que l'eschare ne soit pas complètement éliminée avant le septième jour.

En général, la cicatrisation s'opère de la circonférence au centre, comme cela a lieu sur la surface cutanée, pour les ulcérations résultant de brûlures ou de l'action d'un vésicatoire; mais, comme il arrive aussi dans ces deux derniers cas, on peut voir, quoique plus rarement, des points de cicatrisation disséminés se produire au milieu de la surface ulcérée, pour, s'étendant de proche en proche, se réunir et gagner ainsi jusqu'aux extrêmes limites de l'ulcération.

L'*iodoforme* peut être employé à peu près dans les mêmes circonstances que l'azotate d'argent, avec cette seule différence qu'il y a avantage à le prendre toujours à l'état solide ou pulvérulent.

Extérieurement, l'iodoforme est déposé à l'état pulvérulent sur la surface à cautériser, et y est maintenu

par un tampon d'ouate, qui sert à l'isoler des parois vaginales pour empêcher qu'elles n'aient à souffrir de son action caustique. Le tampon peut être enlevé le lendemain, et l'application d'iodoforme renouvelée au bout de cinq ou six jours.

Si l'ulcération est fongueuse, saignante, si elle s'est étendue au réseau papillaire ; si, surtout, elle ne paraît pas s'être modifiée avantageusement après deux ou trois applications d'azotate d'argent, il faut recourir à un caustique plus énergique. Vous pouvez alors vous adresser à l'*azotate acide de mercure*. Il produit une eschare plus profonde, et son action s'étend au delà du point qui a été directement touché, pour peu qu'il soit employé en excès; enfin il peut être absorbé et donner lieu à de la salivation mercurielle; aussi faut-il user de beaucoup de précautions lorsqu'on s'en sert. Ces précautions consistent à bien exprimer le pinceau que l'on a imprégné de la substance caustique, pour qu'il ne bave pas, lorsqu'il sera appuyé sur la surface à cautériser et ne laisse pas le caustique s'étendre sur les parties voisines; puis, pour le cas où, malgré ces précautions, il resterait un excès de caustique sur l'ulcération, à pratiquer un lavage à grande eau, afin de l'entraîner ou tout au moins de le délayer pour le rendre inoffensif. Grâce à ces simples précautions, je n'ai jamais vu se produire aucun des accidents qui ont décidé beaucoup de praticiens à renoncer à l'azotate acide de mercure, et je m'en félicite, parce que ce caustique me rend de grands services, dans les circonstances spéciales où je vous ai dit qu'il faut y avoir recours.

Je le préfère certainement à d'autres agents plus énergiques et dont l'action est tout aussi difficile à li-

miter, comme les *acides azotique* et *sulfurique*, la *potasse* ou la *soude* caustiques, la *pâte de Vienne,* le *caustique Filhos,* le *chlorure d'antimoine,* etc., etc., qui tous déterminent des eschares très profondes. Leur action ne vaut pas celle du *fer rouge,* que je vous ai vantée lorsqu'il s'est agi de la cautérisation appliquée seulement aux lésions du parenchyme, et qui trouve son emploi, à plus forte raison, dans les cas où avec ces lésions du parenchyme, existent des ulcérations larges, fongueuses, pénétrant profondément dans un col béant, largement ouvert, et qui saignent abondamment au plus léger attouchement.

Mais je vois que j'arrive aux caustiques les plus puissants, avant d'avoir épuisé la liste de ceux qui ont une action moins énergique et qui, cependant, peuvent avoir dans certains cas une utilité toute spéciale.

La *teinture d'iode,* que j'emploie si fréquemment et que je vous ai déjà conseillée dans le traitement de la métrite parenchymateuse, sans ulcérations de la muqueuse, est un des agents qui me rendent le plus de services dans le pansement de ces ulcérations. Elle modifie avantageusement l'état des surfaces de la muqueuse ulcérée, et cette modification, qui est souvent fort rapide, complète de la façon la plus favorable l'action résolutive qu'on ne saurait lui contester. Elle a surtout cet avantage précieux, qu'elle peut toujours être employée utilement, même dans les cas où elle réussit le moins bien, alors même qu'il faudrait plus tard recourir à des moyens plus actifs, et qu'elle n'expose jamais à aucun danger, pas même au plus léger inconvénient. C'est plus particulièrement quand la surface ulcérée est large, rouge, mollasse, et que le col

est considérablement tuméfié, surtout s'il y a un peu d'empâtement dans les tissus péri-utérins, que je juge le plus opportun d'y avoir recours.

Je touche aussi quelquefois avec le *perchlorure de fer* (solution Pravaz à 30°) les ulcérations qui sont facilement saignantes et ont un aspect variqueux.

L'*acide pyroligneux* que Mayer et de Scanzoni emploient volontiers, est plus actif que la teinture d'iode et que le nitrate d'argent; il trouve son efficacité surtout dans les ulcérations végétantes. Mais quand je suis en présence d'un de ces condylômes, ou d'une de ces productions qui tiennent le milieu entre le condylôme et l'ulcère, je préfère ou l'*acide acétique cristallisable,* qui donne d'excellents résultats, quoiqu'il soit très douloureux, ou l'*acide phénique* dissous dans l'alcool.

J'ai quelquefois aussi recours à l'*acide chromique*, quoiqu'il ne soit pas d'un usage très répandu. Son emploi demande quelques précautions. Il faut, ou se servir d'un pinceau d'amiante, ou, si l'on n'a à sa disposition qu'un pinceau de charpie, avoir le soin de le porter immédiatement sur la partie à cautériser, sans le tenir trop longtemps à l'air, car alors la charpie se carboniserait sous l'influence de l'action de l'acide chromique. Cet effet qui témoigne de l'excessive activité du caustique vous permet de préjuger quelle peut être l'énergie de son action. Il donne lieu à une eschare jaunâtre, sèche, analogue à celle du cautère actuel, quoique un peu moins profonde, et il n'a pas, comme la plupart des autres caustiques, l'inconvénient de fuser au delà des points directement touchés. Cependant il est toujours bon de pratiquer une injection

d'eau fraîche, immédiatement après s'en être servi, afin d'enlever l'excès de caustique qui pourrait rester sur les parties cautérisées.

Lorsque les ulcérations pénètrent jusque dans le col, on se trouve bien de l'emploi de crayons médicamenteux préparés d'après lés formules suivantes :

1° Formule des crayons de tannin :

℞ Tannin........................	2 grammes.
Glycérine pure..................	3 gouttes.

pour quatre crayons de 5 centimètres de long.

2° Formule générale pour la confection des crayons autres que les crayons de tannin :

℞ Substance médicamenteuse........ (Iodoforme, sulfate de zinc, perchlorure de fer, etc.) Gélatine	ãã 2gr,50.
Glycérine pure..................	5 gouttes.

pour 10 crayons d'une longueur de 6 centimètres (1).

3° Quant aux crayons de nitrate d'argent, soit pur, soit mitigé par le nitrate de potasse, ils sont confectionnés, comme on le sait, en faisant fondre ces substances dans une capsule et en les coulant ensuite dans une lingotière.

Les ulcérations qui se rencontrent sur le col de l'utérus des filles vierges, et celles qui se produisent pendant le cours de la grossesse, ne doivent pas être traitées absolument de la même façon que celles qui se rencontrent dans les circonstances ordinaires.

La métrite sous l'influence de laquelle se produisent les ulcérations observées chez les vierges conserve longtemps un caractère d'acuité très marqué. Il en résulte

(1) Pour la manière de procéder à la confection de ces crayons, voy. *Annales de Gynécologie*, t. V, p. 396 et t. VI, p. 235.

qu'on peut compter davantage sur les heureux effets de la médication antiphlogistique, et n'avoir recours au traitement topique, principalement aux applications caustiques, qu'après avoir essayé de moyens qui ne nécessitent pas une intervention aussi directe. Si, cependant, elles persistent, ce que l'on reconnaît par le toucher ou par la nature de l'écoulement, il ne faut pas hésiter à faire usage du spéculum pour les découvrir et les soigner, — absolument comme s'il s'agissait d'une femme déflorée. La seule précaution à prendre est de choisir un spéculum dont le diamètre est en rapport avec celui de la vulve, lorsqu'elle est encore pourvue de sa membrane hymen et je vous ai dit comment vous devez l'appliquer (1).

En ce qui concerne les ulcérations utérines des femmes enceintes, la première question à résoudre est celle de savoir si l'on doit intervenir activement pour les soigner ou s'il ne vaut pas mieux attendre pour s'en occuper que l'accouchement ait eu lieu. Cette dernière pratique est celle d'Aran, de Gosselin et de Richet, tandis que Bardinet, H. Bennet, Boys de Loury et Costilhes veulent qu'on les traite aussi énergiquement que l'on ferait si l'utérus n'était pas gravide, et qu'au besoin même l'on ne recule pas devant l'emploi du fer rouge. Sans aller aussi loin, je me range cependant du côté de ces derniers praticiens, et je pense, comme eux, que l'on est bien plus exposé à voir l'avortement se produire, si l'on abandonne à elle-même la métrite chronique, coïncidant avec la grossesse et donnant lieu à des ulcérations du col, que si l'on a

(1) Voir p. 275.

soin de la traiter d'une façon convenable. Je traite donc les ulcérations du col pendant la grossesse, je les cautérise même, mais non pas avec le fer rouge, ni avec les caustiques les plus énergiques, j'évite même de me servir de la teinture d'iode et je ne conseillerais pas d'employer l'iodoforme ; mais je me sers souvent de la solution d'azotate d'argent, et mes malades s'en trouvent bien, et je vois leurs ulcérations se rétrécir en même temps que se tarissent les écoulements séreux qui sont si souvent une cause d'épuisement véritable pour les femmes enceintes, affectées d'ulcérations du col. Cette pratique m'a toujours réussi, sans avoir déterminé le moindre accident, et je suis d'autant plus autorisé à vous la conseiller, que je possède par devers moi l'observation fort intéressante d'une jeune femme, qui, — après avoir eu trois avortements successifs vers le quatrième ou le cinquième mois, parce qu'on n'osait pas la soigner pendant le cours de ses grossesses, — a pu enfin en mener une dernière à bien, grâce au traitement que j'avais dirigé contre la métrite chronique, dont elle était affectée, et contre l'ulcération du col, qui en était la conséquence.

Parmi les altérations de la muqueuse qui se développent sous l'influence de la métrite chronique, les hypertrophies glandulaires nécessitent un traitement particulier. Qu'elles revêtent la forme de polypes, ou qu'elles restent à l'état de kystes, ces tumeurs doivent toujours être enlevées ou détruites.

Lorsqu'elles sont polypiformes, avec un pédicule mince et grêle, on peut, ou tordre ce pédicule pour l'arracher, en le saisissant avec des pinces, ou le sectionner avec le bistouri, et mieux encore avec des ci-

seaux ; ou si l'on craint une hémorrhagie, l'écraser avec une anse de fil métallique.

Si la tumeur s'insère à l'utérus, sur une base plus large, il faut, si elle n'est pas trop proéminente, la détruire au moyen des caustiques et principalement du fer rouge. Si elle est trop volumineuse pour qu'il soit possible de la détruire, il faut l'enlever, soit avec l'instrument tranchant, soit avec les divers écraseurs, soit avec les galvanocaustiques ou les flèches caustiques de M. Maisonneuve. Dans tous ces cas le manuel opératoire est absolument le même que s'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse.

Quand les kystes du col utérin sont assez gros pour être sentis par le doigt introduit dans l'orifice entr'ouvert, il ne faut pas hésiter à les inciser largement pour les vider, puis à cautériser leur cavité pour empêcher qu'ils ne se reproduisent. Un bistouri droit boutonné, dirigé sur la pulpe de l'indicateur, sera introduit dans le col et fera dans différents sens des incisions auxquelles on pourra très bien donner de cinq à six millimètres de profondeur, vu l'épaississement des parois dû à l'inflammation et à la présence des kystes; après ces incisions multiples on introduira dans la cavité du col un pinceau, ou une mèche de charpie, imbibé soit de perchlorure de fer, soit d'azotate d'argent, et cela suffira pour arrêter l'hémorrhagie. — Si, du reste, l'écoulement sanguin se manifestait avec une abondance alarmante, on aurait toujours la ressource du tamponnement.

N'oubliez pas, messieurs, que ces kystes folliculaires qui nous occupent en ce moment se rencontrent presque toujours en même temps que les polypes muqueux,

et que quand on a enlevé ces polypes, il est encore indispensable de détruire ces kystes, tant pour faire cesser les accidents que pour prévenir la production des nouvelles tumeurs pédiculées, qui ne tarderaient pas à se montrer. M. Marion Sims prétend avoir quelquefois vu ces kystes, dits œufs de Naboth, disparaître sous l'influence de la compression exercée sur eux par l'éponge préparée, introduite dans la cavité du col pour le dilater. Je comprends parfaitement le mécanisme de la guérison, dans ces cas; les kystes ayant été écrasés et vidés par la compression qu'ils ont subie; mais cette manœuvre offre infiniment plus de dangers que les petites incisions multiples auquelles je crois devoir donner la préférence.

III. Traitement spécial de certains symptômes prédominants.

Il arrive assez souvent que l'un ou l'autre des symptômes les plus habituels de la métrite chronique vienne à prédominer, pendant le cours de cette maladie, de façon à constituer, soit par sa persistance, soit par son intensité, une aggravation telle dans l'état de la patiente qu'il devient essentiel de le combattre par des moyens spéciaux; sans attendre, comme on est autorisé à le faire quand il s'agit d'une affection moins rebelle, que ce symptôme disparaisse de lui-même, sous l'influence du traitement dirigé contre la maladie de laquelle il dépend.

Une rapide énumération de ceux de ces symptômes qui peuvent constituer des accidents assez sérieux pour que vous ayez l'occasion de les combattre, me suffira

pour me permettre de vous indiquer les moyens que vous pourrez utilement leur opposer. Vous remarquerez que, de ces moyens, les uns font partie du traitement le plus habituel de la métrite chronique, et, ceux-là, vous serez toujours autorisés à les employer avec une certaine persistance, alors même que l'accident contre lequel ils auront été principalement dirigés aura déjà disparu; tandis que les autres, constituant une médication nouvelle, en quelque sorte étrangère et surajoutée, devront toujours être supprimés le plus rapidement possible, aussitôt qu'ils auront produit l'effet désiré; car alors ils n'auraient plus aucune raison d'être et ne pourraient que compliquer inutilement une médication déjà fort complexe par elle-même.

A. La *métrorrhagie* est un de ces accidents contre lesquels il est bon que vous soyez en garde. Mais vous n'avez pas oublié qu'elle est plutôt exceptionnelle que fréquente dans le cours de la métrite chronique. Elle ne survient que lorsque la phlegmasie, ayant encore un certain degré d'acuité, affecte plus spécialement la muqueuse que le parenchyme et s'étend en particulier à cette portion de la muqueuse qui tapisse la cavité du corps de l'utérus. Je vous ai indiqué avec assez de soin les moyens propres à la combattre, lorsque je vous ai parlé du traitement de la métrite interne (1), et je croirais superflu de revenir, en ce moment, sur les détails que je vous ai donnés alors.

B. Les *écoulements leucorrhéiques* cèdent d'habitude aux moyens dirigés contre les ulcérations. Cependant, il se peut faire que, même après la dispa-

(1) Voyez page 520.

rition de ces dernières, ils persistent avec une opiniâtreté fatigante pour les malades qu'ils épuisent. Lorsqu'il en est ainsi, et si vous avez eu soin de vous assurer qu'il n'existe pas, sur la muqueuse qui tapisse la cavité du corps de l'utérus, quelqu'une de ces altérations que je vous ai décrites comme caractérisant la métrite interne et commandant l'emploi des injections intra-utérines, vous devez insister sur les injections vaginales et les rendre plus astringentes par l'addition de l'alun, de l'acétate de plomb, du tannin, ou d'un sel de fer soluble. On peut aussi mélanger ces substances à une poudre absorbante comme l'amidon, et projeter ce mélange au fond du vagin, préalablement dilaté au moyen du spéculum. La poudre absorbante que vous me voyez employer le plus habituellement, en cas pareil, est composée de quatre parties d'amidon et d'une partie de sous-nitrate de bismuth. — Elle a pour effet d'empêcher les mucosités provenant de l'utérus, de se répandre dans le vagin qu'elles pourraient irriter, et de fixer à leur place, à mesure qu'elles s'exfolient, les couches épithéliales superficielles de la muqueuse vaginale, dont la desquammation incessante constitue une portion importante des écoulements leucorrhéiques qui nous occupent.

Souvent il y a lieu de chercher à exercer une action plus directe sur cette muqueuse, pour arrêter ce travail d'exfoliation, et alors on se trouve bien d'augmenter la proportion des substances astringentes mélangées à l'amidon ou même de les employer pures, en les plaçant au milieu d'une sorte de sachet d'ouate, que l'on dépose au fond du vagin. Ces petits sachets sont attachés à un fil qui reste pendant hors de la vulve, et qui

sert à la malade pour les retirer elle-même, au bout de 12 ou 24 heures. Pendant ce temps les mucosités vaginales, imprégnant le coton, ont dissous la substance qu'il renfermait et lui ont permis de se répandre, tant sur la muqueuse vaginale, que sur celle du museau de tanche, pour exercer sur cette muqueuse une action beaucoup plus profonde et par conséquent plus efficace que celle qu'on aurait pu obtenir au moyen d'une simple injection ou même du badigeonnage avec un pinceau.

On peut aussi, lorsque l'écoulement paraît venir du col, introduire dans sa cavité le crayon de tannin.

C. Les sécrétions qui baignent la vulve y déterminent, parfois, une irritation inflammatoire qui cause des démangeaisons souvent insupportables ; mais ce *prurit vulvaire* peut aussi se produire en l'absence de toute inflammation et constituer un phénomène purement nerveux. Dans un cas, comme dans l'autre, vous serez exposés à trouver la vulve rouge, tuméfiée, endolorie : soit que cet état ait précédé les démangeaisons, dont il serait alors la cause déterminante ; soit qu'il leur ait succédé et ait été occasionné par les frottements que la malade aurait exercés sur ces parties en se grattant avec une frénésie que rien ne peut contenir, et dont la masturbation est la conséquence la plus à redouter. Ces démangeaisons cèdent assez facilement lorsqu'elles sont dues à une inflammation véritable de la muqueuse vulvaire, mais elles sont infiniment plus persistantes lorsqu'elles constituent un phénomène nerveux, d'ordre réflexe, dépendant directement de la métrite chronique. Dans ce dernier cas on les rencontre surtout chez les femmes déjà un peu âgées.

Les bains, les injections, les lotions d'eau froide un peu prolongées parviennent souvent à les calmer, surtout si ces lotions sont faites avec de l'eau blanche. On prévient leur retour en saupoudrant la vulve avec de la poudre d'amidon soit pure, soit additionnée de sous-nitrate de bismuth, ou mieux encore de précipité blanc, dans la proportion d'un dixième.

Mais ce qui réussit le mieux ce sont les lotions faites avec la solution de Gowland, dont voici la composition :

℞ Émulsion d'amandes amères........		200 gram.
Chlorhydrate d'ammoniaque........	ãã	10 centigr.
Bichlorure de mercure............		

Mêlez.

On peut sans inconvénient remplacer l'émulsion d'amandes par de l'eau distillée.

Ces lotions doivent être faites deux fois par jour, et, pendant l'intervalle, il faut faire saupoudrer la vulve d'amidon ou de poudre de riz, en recommandant expressément à la malade d'éviter de se gratter.

D. La *névralgie*, lorsqu'elle affecte quelqu'une des branches du plexus lombaire ou sacré, doit être poursuivie à l'aide des moyens qui lui seraient opposés alors même qu'elle ne se produirait pas comme symptomatique de l'affection utérine. De ces moyens, ceux qui réussissent le mieux sont les petits vésicatoires pansés avec la morphine, et les injections sous-dermiques de morphine ou d'atropine. On peut y associer les narcotiques administrés par la bouche, mais je les réserve plus particulièrement pour les cas où la névralgie siège sur des points plus éloignés du système génital.

L'hydrate de chloral réussit assez bien à calmer ces douleurs; mais son action est trop fugitive pour qu'il

puisse être d'un grand secours dans une maladie dont les symptômes douloureux sont aussi persistants et aussi tenaces que dans la métrite chronique.

Le bromure de potassium, sur lequel j'avais fondé de plus grandes espérances, surtout d'après ce qui a été dit de son action spéciale sur le système génito-urinaire de l'homme, ne m'a pas non plus été d'une bien grande utilité. Je l'ai souvent administré, pendant plusieurs jours, à la dose de 1 à 4 grammes, sans en obtenir de soulagement appréciable; et, dans le plus grand nombre des cas, il m'a fallu y renoncer pour revenir à l'opium ou à ses dérivés.

E. L'*inflammation de la vessie*, causée soit par l'extension de la phlegmasie utérine, soit par la compression exercée sur cet organe, par l'utérus en antéversion, peut être assez vive pour attirer l'attention. Des boissons émollientes ou balsamiques, comme la macération de graine de lin ou l'eau de goudron, suffiront souvent pour la faire disparaître. S'il s'y joint un peu de cuisson uréthrale, due à ce que les urines sont devenues bourbeuses et chargées de sels, il conviendra de faire prendre, pendant quelques jours, un peu d'eau de Vichy, de Vals, de Pougues, ou de Saint-Galmier, en insistant sur les bains alcalins. Si, au contraire, le sédiment des urines est muco-purulent, ou même purulent, et si la douleur sus-pubienne, due à l'inflammation vésicale, a une certaine intensité, il ne faut pas hésiter à exercer une révulsion un peu énergique sur la peau de l'abdomen. Cette révulsion sera faite, préférablement, avec l'huile de croton-tiglium dont il faudra renouveler l'application plusieurs fois à quelques jours d'intervalle, en même temps que l'on adminis-

trera des balsamiques à l'intérieur, comme la térébenthine, le goudron, ou même le copahu.

F. Comme celle de la vessie, l'*inflammation du rectum* peut être assez vive pour nécessiter un traitement spécial. Cette inflammation qui détermine tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation, alternant avec l'expulsion de mucosités abondantes, et qui donne lieu à un ténesme anal d'autant plus insupportable qu'il y a souvent des hémorrhoïdes, constitue parfois un des malaises dont les femmes ont le plus à souffrir. Vous la combattrez par des lavements émollients, que vous recommanderez de prendre frais, à moins que l'inflammation ne soit excessivement vive, auquel cas il serait préférable de les donner tièdes. Si les douleurs sont très intenses, vous ferez succéder à ces grands lavements de petits quarts de lavements laudanisés et amylacés, qui devront être administrés le soir, de façon à pouvoir être conservés toute la nuit. Ces quarts de lavement, qui se donnent surtout lorsqu'il y a de la diarrhée, ne sont pas pour moi absolument contre-indiqués par l'état de constipation, et je n'hésite pas à les prescrire alors même que je suis obligé d'administrer des purgatifs ; mais, dans ces cas cependant, je leur préfère des suppositoires contenant trois centigrammes d'extrait de belladone ; ces suppositoires sont surtout utiles lorsqu'il y a des hémorrhoïdes douloureuses.

G. — La *constipation*, dont je viens de vous dire un mot, est un état tellement habituel, chez les femmes affectées de métrite chronique, que les moyens dirigés contre elle font nécessairement partie du traitement rationnel de cette affection. D'un autre côté, elle se relie d'une façon trop intime aux autres troubles des voies

digestives pour qu'il soit possible de l'en distraire au point de vue thérapeutique, et je crois qu'il convient de nous occuper en même temps, de la *gastralgie* et des *dyspepsies*, qui ont une influence si funeste sur l'état général des femmes affectées de métrite chronique.

Le traitement général tonique et reconstituant, dont je vais vous parler dans un instant a surtout pour but de faire disparaître ces accidents, et il doit être secondé par un régime approprié, dont je me réserve de vous tracer plus tard les règles. En ce moment, les troubles des fonctions digestives qui doivent surtout nous occuper sont : la gastralgie, la flatulence, et la constipation. Contre la première on a usé et même abusé des narcotiques. Aran est allé jusqu'à prescrire 20 centigrammes d'extrait d'opium, pour calmer les douleurs gastralgiques. Mais il ne faut pas oublier qu'en poussant aussi haut les doses d'opium, on détermine souvent de l'inappétence, du dégoût et, alors même que l'on aurait supprimé la douleur, on voit l'état s'aggraver au lieu de s'améliorer. On agit, je crois, plus efficacement pour calmer la susceptibilité de l'estomac et le rendre plus tolérant pour les aliments, en donnant des doses d'opium beaucoup moindres et en ayant soin de les faire ingérer immédiatement avant le repas. Une pilule d'un centigramme d'extrait gommeux suffit alors, et ce qui vaut encore mieux c'est une *goutte noire anglaise*. J'obtiens un excellent effet d'une mixture composée comme il suit :

Chlorhydrate de morphine................	10 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise..............	5 gram.

Mêlez.

en prendre une goutte sur un morceau de sucre, immédiatement avant chaque repas.

Ces *gouttes blanches* ont une action un peu différente de celle des gouttes noires anglaises, ou du laudanum, non seulement parce que l'opium y est remplacé par la morphine ; mais aussi parce qu'elles ne renferment aucune des substances légèrement stimulantes qui entrent dans la composition de ces dernières, et que l'eau distillée de laurier-cerise qui sert de véhicule à la morphine, a, par elle-même, une action sédative.

Lorsque la constipation domine, en même temps que la gastralgie, c'est à la belladone ou à la jusquiame qu'il faut demander l'apaisement des douleurs, plutôt qu'à l'opium. Je n'aime pas en voir augmenter les doses au delà de 10 centigrammes dans les 24 heures, et encore faut-il avoir soin de les fractionner, quelle que soit du reste la préparation pharmaceutique à laquelle on s'adresse : poudre, extrait, teinture, ou alcaloïde.

En même temps que l'on aura recours à ces moyens on facilitera les digestions par l'emploi, en boisson, d'eaux minérales un peu gazeuses et légèrement alcalines, ou par des boissons aromatiques chaudes, prises peu de temps après le repas, s'il y a de la flatulence. Mais tout ceci nous fait sortir un peu de la thérapeutique pour nous conduire dans le domaine de l'hygiène, et je ne veux pas scinder ce que j'ai à vous dire du régime.

H. On a considéré l'*aménorrhée* et la *dysménorrhée*, qui se produisent dans le cours de la métrite chronique, comme des accidents susceptibles de nécessiter un traitement spécial, au même titre que la métrorrhagie et la leucorrhée. Mais c'est là une erreur. Ces accidents sont des symptômes qui ne peuvent être amendés que par le traitement même de la maladie de laquelle ils dépendent. Il ne pourrait y avoir d'excep-

tion que pour la dysménorrhée, qui est quelquefois assez douloureuse pour nécessiter un traitement particulier, et ce traitement consistera en applications de sangsues, en bains généraux et locaux, en narcotiques tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, sous forme d'injections, de cataplasmes ou de lavements. Mais vous voyez que tous ces moyens ne diffèrent en rien, ni par leur application, ni par leur mode d'emploi, de ceux qui s'adressent à la maladie elle-même, au moment des poussées congestives qui surviennent aux époques des règles et peuvent donner lieu aux symptômes douloureux de la dysménorrhée.

Quant à l'aménorrhée, c'est surtout dans le traitement général reconstituant qu'elle trouve sa curation.

Si cependant l'aménorrhée ou la dysménorrhée était due à un rétrécissement ou à une coarctation de l'orifice du col, résultant d'adhérences ou de brides cicatricielles consécutives à des ulcérations, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer le débridement et la dilatation de cet orifice soit avec l'instrument tranchant, soit avec les tentes dilatatrices, soit en combinant ces deux ordres de moyens.

IV. Traitement général, tonique et reconstituant.

Les toniques et particulièrement les préparations de quinquina et de fer sont indiqués dans tous les cas de métrite chronique, non seulement pour combattre l'aménorrhée, qui survient si souvent dans la seconde période de cette maladie, mais aussi pour rétablir les forces, qui sont toujours profondément abattues.

Ces médicaments peuvent être administrés sous toutes les formes, et il convient de les varier pour ainsi

dire à l'infini, afin de permettre aux malades de les supporter pendant un temps suffisamment long pour pouvoir bénéficier de leurs effets.

Parmi les préparations martiales, l'iodure de fer doit être préféré toutes les fois que le volume de l'utérus est assez notablement augmenté, et les pilules de Blancard constituent son meilleur mode d'administration. Il faut les faire prendre à la dose de quatre par jour, deux au commencement de chacun des principaux repas. En général, j'évite les composés de fer solubles, parce que leur action astringente, s'exerçant trop rapidement sur la muqueuse de l'estomac, aggrave les symptômes gastralgiques, qu'il est pourtant si essentiel de diminuer quand on ne peut pas les faire disparaître tout à fait. J'ai également renoncé au fer réduit par l'hydrogène, à cause des renvois nidoreux qu'il provoque presque toujours; je m'en tiens donc au plus simple et au moins coûteux de tous les produits martiaux, l'oxyde de fer hydraté, qui est habituellement désigné sous le nom de carbonate de fer, et qui, malgré l'incertitude de sa composition chimique, constitue un excellent médicament. Je l'emploie souvent seul, par paquets de 50 centigrammes, que je fais prendre à chaque repas. Pour éviter la constipation, je le mélange quelquefois, par parties égales, avec de la poudre de rhubarbe, et, suivant les cas, ou je continue cette rhubarbe ferrée, ou j'en fais alterner l'usage avec celui de la poudre de carbonate de fer.

Une préparation qui me réussit fort bien et qui, étant très facilement supportée par les malades, peut être continuée longtemps, est la suivante, dans laquelle j'associe le fer non seulement au quinquina, mais aussi

à l'opium, qui a pour but de le rendre plus facile à supporter :

℞ Carbonate de fer..................	} āā	5 gram.
Extrait mou de quinquina.........		
Extrait gommeux d'opium.........		25 centigr.

Mêlez et divisez en 50 pilules.

On donne deux de ces pilules avant chaque repas ; soit quatre par jour. Leur composition peut être modifiée pour parer à des indications diverses ; ainsi, lorsque la constipation domine, je remplace l'extrait de quinquina par de l'extrait de rhubarbe, et l'opium par de la belladone, dans la formule suivante :

℞ Carbonate de fer........................	} āā	5 gram.
Extrait de rhubarbe....................		
Extrait de belladone....................		25 centigr.

Mêlez.

Divisez en 50 pilules, qui seront administrées comme les précédentes.

S'il y de la tendance aux métrorrhagies, avec un utérus mollasse et tuméfié, j'ai recours à l'ergotine, qui remplace l'extrait de quinquina et je prescris les pilules dont je vous ai indiqué la composition lorsque je vous ai parlé de l'emploi du seigle ergoté administré en qualité d'altérant (1).

Il est, du reste, facile d'ajouter à chacune de ces formules suivant les indications, et surtout de les alterner, comme je fais souvent ; ce qui me permet de continuer longtemps l'emploi du carbonate de fer, sans que mes malades en soient incommodées, ni fatiguées.

Il faut interrompre de temps en temps l'usage de ce médicament, pendant 8 ou 10 jours, pour y revenir en-

(1) Voyez p. 689.

suite ; et, soit dans cet intervalle, soit concurremment avec lui, prescrire l'usage aux repas d'une eau ferrugineuse. Aux malades peu fortunées, je fais prendre tout simplement de l'eau rouillée, que tout le monde sait préparer avec de vieilles ferrailles; à celles qui ne doivent pas reculer devant la dépense, je conseille des eaux minérales naturelles, comme celles de Passy, d'Auteuil, d'Orezza, de Spa ou de Bussang.

Les médicaments dont je viens de vous parler doivent toujours être administrés au moment des repas. Ils font, en quelque sorte, partie intégrante de l'alimentation, et ont pour but principal de rendre cette dernière plus profitable, en facilitant l'assimilation. Par eux-mêmes ils ne peuvent rien et leur action doit être corroborée par celle, bien plus efficace, d'une alimentation réparatrice et fortifiante. Avec une bonne nourriture nos malades pourraient assez facilement se passer des préparations de quinquina et de fer ; mais le difficile est justement de leur faire accepter cette bonne nourriture, qui relèverait leurs forces et leur permettrait de résister avantageusement aux causes de déperdition résultant de la métrite chronique.

Lorsque les phénomènes gastralgiques se sont montrés, lorsque la dyspepsie est établie, rien n'est plus difficile que de vaincre la répugnance opiniâtre que les malades éprouvent pour toute espèce d'aliments. Je vous ai expliqué, en vous parlant des symptômes (1), comment s'enchaînent tous ces désordres ; je n'y reviens pas, il me suffira de vous indiquer comment vous devez vous y prendre pour les faire disparaître.

Les narcotiques, administrés comme je vous l'ai dit,

(1) Voyez p. 605.

à petites doses, au commencement des repas, auront souvent un excellent effet, en calmant les douleurs résultant de l'ingestion des substances alimentaires, et dont le retour redouté est souvent le plus grand obstacle à une alimentation convenable.

Les aliments doivent être bien choisis, succulents et réparateurs sous le plus petit volume possible. Il importe qu'ils soient pris à des heures régulières, pour qu'ils puissent l'être en quantité suffisante ; ce qui n'a pas lieu lorsque, entre deux repas incomplets, dans chacun desquels la malade repoussera les viandes noires, rôties ou grillées, qui lui seront offertes, elle s'amusera à grignoter des gâteaux, des bonbons ou des fruits.

Je dis que les aliments doivent être succulents, c'est-à-dire avoir un goût assez prononcé pour pouvoir réveiller l'appétit. Je ne proscris donc en aucune façon les assaisonnements et les condiments, bien au contraire; aussi, quand je vois des malades, — en vertu de ce préjugé qui fait redouter, comme irritantes, les substances capables de dissiper la fadeur de leurs mets, — s'obstiner à ne prendre que des aliments sans saveur, peu propres à solliciter la sécrétion des fluides salivaires et gastriques, et qui, par conséquent, ne pourront pas être convenablement digérés, je n'hésite pas à leur administrer, sous forme de médicaments, les épices qui leur sont nécessaires. Je donne alors, ou des paquets, contenant chacun 2 centigrammes 1/2 de poivre blanc et de gingembre ou de muscade, et 3 centigrammes de canelle et de girofle, mélangés et réduits en poudre fine ; ou des pilules dans lesquelles ces substances sont associées à l'asa fœtida, dans les proportions suivantes :

℞ Poivre blanc pulvérisé.............	ãã	1 gram.
Muscade râpée......................		
Cannelle pulvérisée..................	ãã	2 —
Girofle............................		
Asa fœtida........................		4 —
Extrait de genièvre...................		q. s.

Mêlez.

Divisez en 50 pilules, qui seront argentées.

Les malades prennent au milieu de leur repas, ou un de ces paquets ou une de ces pilules, dans lesquelles l'asa fœtida, ce condiment des Orientaux, qui pour eux remplace l'ail, conserve les propriétés antispasmodiques qui nous le font administrer dans l'hystérie et dans d'autres troubles nerveux.

Dans certains cas, une dose de pepsine, prise au milieu du repas, suffira pour faciliter le travail de la digestion et ce moyen devra alors être préféré.

Chez toutes les malades, il faudra lutter pour faire accepter les boissons toniques fermentées qui doivent faciliter le travail de la digestion, et en particulier le vin, qui est souvent repoussé avec autant d'énergie que les condiments. Lorsqu'il en sera ainsi, vous ne devrez pas hésiter à employer le même détour que pour ces derniers, et vous prescrirez des vins médicamenteux, toniques et aromatiques. Vous avez, pour cela à votre disposition, outre le vin de quinquina, les vins d'aune, d'absinthe, de gentiane, de simarouba, de cannelle ; et vous pouvez toujours en formuler dans la composition desquels vous ferez entrer ces substances ou d'autres analogues, comme, le colombo, l'hysope, la sauge, etc. Mais, il est toujours préférable de s'adresser au vin naturel et de recommander surtout le vin de Bordeaux, un peu vieux et dépouillé, en le faisant couper avec quelqu'une des eaux ferrugineuses que je vous ai précédemment indiquées.

Après les repas, une boisson légèrement aromatique facilitera le travail de la digestion. Le café noir n'a plus ici le même inconvénient que le café au lait absorbé au commencement de la journée et prenant la place d'un repas, qu'il supprime sans le remplacer. Les aliments ayant été ingérés avant lui, il aide au travail de la digestion, par la légère stimulation qu'il produit. Les autres boissons un peu stimulantes, comme le thé, la sauge, la camomille, la menthe, la feuille d'oranger produisent le même effet, et, souvent, je conseille d'aider leur action par l'addition d'une petite quantité de liqueur spiritueuse, comme l'eau-de-vie ou le rhum. Je prescris même assez volontiers une petite quantité de liqueur aromatique, comme le curaçao, la crême de menthe ou de vanille, la liqueur de la grande chartreuse; et, si les malades s'effraient de cette idée de prendre de la liqueur, je leur donne la préparation pharmaceutique connue sous le nom d'élixir de Garus.

L'arsenic me vient souvent en aide dans cette partie du traitement tonique et reconstituant, qui consiste à réveiller les forces digestives et à faciliter le travail d'assimilation dont l'anéantissement est la principale cause de dépérissement des femmes affectées de métrite chronique. Je le fais alterner avec les ferrugineux et je le prescris, comme eux, au commencement du repas, soit à l'état d'acide arsénieux solide, en granules désignées sous le nom de *granules de Dioscoride* et contenant chacun 1 milligramme d'acide arsénieux; soit dissous, d'après la formule de Boudin, dans les proportions de 1 gramme d'acide arsénieux pour 1,000 grammes d'eau distillée, que l'on fait bouillir afin de faciliter la dissolution, mais, en ayant soin de

remplacer l'eau évaporée, pour que la solution reste toujours invariablement titrée au millième. Parmi les composés arsénicaux plus solubles, je m'adresse quelquefois à l'arséniate de soude et je fais prendre, avant chaque repas, une cuillerée à café d'une solution contenant 10 centigrammes d'arséniate de soude, pour 250 grammes d'eau. En cas de gastralgie intense j'ajoute à cette mixture un peu de morphine et je prescris :

℞ Arséniate de soude..................	10 centigr.
Chlorhydrate de morphine............	15 —
Eau distillée..........................	200 gram.
Mêlez.	

Une cuillerée à café, cinq à dix minutes avant chaque repas.

J'emploie aussi l'arséniate de fer que j'associe soit au quinquina, soit à la valériane, dans des pilules dont voici la formule :

℞ Arséniate de fer...........................	60 milligr.
Extrait de quinquina, *ou* extrait de valériane...	3 gram.
Mêlez et divisez en 30 pilules.	

On fait prendre ces pilules avant les repas en en donnant d'abord deux seulement par jour, puis en en élevant graduellement la dose jusqu'à quatre. — On peut ajouter à chacune d'elles soit 1 centigramme, soit un demi-centigramme d'extrait d'opium.

A ces moyens internes, empruntés tant à l'hygiène qu'à la matière médicale, il convient, messieurs, d'associer l'action d'un agent thérapeutique puissant entre tous et qui ne trouve dans aucune autre affection un emploi plus utile que dans la métrite chronique ; cet agent, c'est l'eau froide.

Je ne vous ai pas encore parlé de l'hydrothérapie, que notre regretté collègue, Aran, avait raison de considérer comme la clef de voûte du traitement de la métrite chronique, et à l'emploi judicieux de laquelle j'attache la plus grande importance. Ce que j'ai à vous

en dire ne m'eût paru nulle part aussi bien placé qu'en ce moment où nous nous occupons des moyens de relever les forces de l'organisme épuisé Cependant, j'aurais pu la faire intervenir comme ayant une action révulsive, dont il serait injuste de ne pas tenir compte, et que vous comprendrez facilement, si vous voulez bien suivre, avec quelque soin, la série des effets qui se succèdent sous l'influence de l'application de l'eau froide.

Nos malades reçoivent, sur tout le corps, une douche en pluie, projetée à travers les nombreux pertuis d'une pomme d'arrosoir, et, au début du traitement, elles ne restent jamais plus de 25 à 30 secondes soumises à cette impression. A l'instant même ou l'eau froide arrive au contact de la peau, les vaisseaux sanguins de toute la surface cutanée se contractent et il se fait un reflux du sang vers les cavités splanchniques. Mais cet effet est aussi passager que l'impression même du froid; aussitôt que la douche a cessé de couler, le courant sanguin se rétablit en sens inverse, et la peau, qui avait un moment pâli, se congestionne immédiatement, par suite du mouvement de réaction, qui rappelle dans ses capillaires une quantité de sang plus abondante encore que celle qui avait été refoulée dans les viscères internes. D'où il résulte que ces derniers, un instant congestionnés, pendant l'action de l'eau froide, se décongestionnent à leur tour, et que ce mouvement en sens opposé dure infiniment plus longtemps que le précédent; si surtout on a soin de ramener la circulation à la surface de la peau, par des frictions sèches, pratiquées sur tout le corps et par un exercice un peu violent, comme une promenade d'une durée de 15 à 20 minutes, faite immédiatement au sortir de la douche.

Cette réaction, qui fait vivement revenir le sang à la peau et l'y maintient pendant un temps relativement long, étant établie comme un fait physiologique incontestable, je ne saurais partager les craintes que les pratiques hydrothérapiques font éprouver à Virchow et à de Scanzoni. Ces deux auteurs s'inquiètent surtout de voir l'action de l'eau froide augmenter l'état congestionnel de l'utérus, en refoulant vers cet organe, en même temps que vers les autres viscères, une partie du sang qui circule à la surface de la peau.

On pourrait s'étonner de voir ces deux savants physiologistes s'arrêter ainsi à la première partie du phénomène, sans vouloir tenir compte de la seconde, qui est certainement la plus importante, si l'on ne trouvait le motif de cette aberration dans le désir, bien naturel pour des Allemands toujours calculateurs, de faire proscrire, en même temps que les affusions froides, les bains de mer auxquels ils adressent les mêmes reproches. Nos confrères prussiens ont en effet parfaitement compris que, si les bains de mer sont reconnus utiles, ce n'est pas sur les plages de la Baltique ou de la mer du Nord que l'on ira les prendre de préférence, et c'est pourquoi ils ont décidé qu'ils doivent être considérés comme nuisibles. Malheureusement pour le succès de cette petite combinaison, la théorie, comme je viens de vous le démontrer, ne confirme en aucune façon les vues spéculatives sur lesquelles on a voulu l'appuyer; et non seulement la théorie ne lui est pas favorable, mais, ce qui est bien plus important, la pratique, dont les résultats sont souvent assez différents de ceux que la théorie aurait pu faire prévoir, vient démontrer, de la façon la plus péremptoire, l'efficacité et

des affusions froides et des bains de mer pris à la lame. Ces derniers, lorsque leur durée n'excède pas 4 à 5 minutes, sont suivis d'une bonne réaction, qui produit les plus merveilleux effets sur l'état de la santé générale.

Il est bien entendu que les bains de mer ne doivent pas être pris dans les premières périodes de la maladie, quand il y a encore une certaine acuité de l'inflammation et que l'abdomen est douloureux à la pression, car la percussion, exercée par la lame, réveillerait les douleurs à peine assoupies. C'est surtout pendant la seconde période qu'il faut les conseiller. Leur action sur l'état local de l'utérus n'est certainement pas aussi nette que pourraient le faire espérer les vues théoriques que j'ai dû vous exposer, pour combattre les doctrines erronées de Virchow et de Scanzoni, mais la façon dont ils agissent sur l'état général me suffit et j'en fais mon profit.

Quant à l'état local, c'est par une action plus directe de l'eau froide que je songe à le modifier. Les bains de siège froids, à courant continu, sont très efficaces pour cela. Comme, dans ces cas, l'action du froid porte directement sur l'utérus, et sur tout le système génital, ce sont les vaisseaux qui font partie de ce système qui se vident pendant l'application du froid, c'est ce système qui se décongestionne, et il faut éviter que le mouvement de réaction ne produise un effet opposé. On y parvient en faisant durer l'application du froid, pendant assez longtemps pour que les vaisseaux puissent se décongestionner tout à fait et revenir complètement sur eux-mêmes, de façon à acquérir ainsi une nouvelle force de rétraction, qui leur permettra de résister efficacement plus tard à l'effort du sang, lorsque, l'impression du froid cessant, il affluera de nouveau

pour les dilater. C'est pourquoi, les bains de siège prescrits dans ces circonstances doivent être à courant continu, afin que la température se maintienne toujours au même degré. Il faut aussi leur donner une durée de 5 à 10 minutes au moins et quelquefois même les prolonger graduellement jusqu'à 15 ou 20 minutes, pour en obtenir un effet sédatif. J'ai le plus souvent soin de prolonger leur action par des injections froides et des lavements froids, pris pendant l'intervalle. De cette façon, on n'a que la première partie de l'action signalée par Virchow et de Scanzoni, et le sang, chassé des vaisseaux de l'utérus, va se réfugier dans ceux d'organes plus éloignés, dont la congestion n'offre, à ce moment, aucun inconvénient sérieux.

Dans tous ces cas, l'application de l'eau froide doit être faite doucement, sans projection violente; cependant lorsque les douleurs lombaires sont vives, on se trouve bien de diriger sur cette région un jet d'une force modérée. Quant à la douche vaginale ascendante, elle peut avoir, en raison de la percussion qu'elle exerce, plus d'inconvénients que d'avantages, surtout, s'il reste quelques points douloureux et phlogosés; et je n'y ai recours que fort exceptionnellement, quand il s'agit de stimuler d'une façon un peu énergique des utérus complètement anémiés, dans lesquels la circulation paraît sur le point de s'anéantir tout à fait, et si je veux réveiller la tonicité des quelques fibres musculaires qui y sont demeurées intactes. C'est dans ces conditions que l'appareil à irrigations continues de M. Audouin (1) peut être avantageusement employé.

(1) Voy. page 525.

Je connais peu de moyens dont l'efficacité soit aussi bien établie que celle de l'hydrothérapie, dans le traitement de la métrite chronique, et je ne saurais trop regretter que l'emploi n'en soit pas aussi généralisé qu'il devrait l'être. Bien des raisons s'y opposent; au premier rang desquelles il faut faire figurer la rareté des appareils, qui, à Paris, ne se trouvent convenablement établis que dans un petit nombre d'hôpitaux et dans quelques riches établissements privés, placés trop souvent, par leurs prix, comme par leur situation topographique, hors de la portée des malades qui auraient besoin d'y avoir recours; puis la pénurie de bonnes doucheuses. On comprend que le médecin, tant par convenance que faute de temps, ne puisse administrer lui-même toutes les douches qu'il prescrit, et cependant, il est incontestable que de la manière dont est faite cette administration dépend, en majeure partie, le succès du traitement.

V. Emploi des eaux minérales naturelles.

L'usage des eaux minérales naturelles, surtout de celles qui doivent être prises sur place, joue un très grand rôle dans le traitement de la métrite chronique, et j'ai eu soin de vous indiquer, messieurs, dans quelles circonstances chacune de celles qui peuvent être avantageusement employées doit être prescrite. Le traitement hydro-minéral n'a aucune action spéciale, encore moins spécifique, contre cette maladie, et, comme pour tous les autres médicaments dont nous avons parcouru la liste, les indications thérapeutiques auxquelles les eaux doivent répondre se déduisent des

qualités physiques et chimiques de chacune d'elles. Je pourrais donc, au point où nous en sommes arrivés de cette étude, à la rigueur même, je devrais absolument me dispenser de rien ajouter à ce que je vous ai dit à ce sujet, en vous parlant de divers agents thérapeutiques auxquels les eaux thermo-minérales empruntent les qualités qui leur sont propres. Mais on est tellement habitué à envisager tout à fait à part cette question des eaux, dans toutes les maladies chroniques, et principalement dans celle qui nous occupe, que je crois utile de vous résumer, en quelques mots, les indications qui devront vous guider pour le choix de la source, à laquelle vous aurez à envoyer vos malades; ces indications variant surtout d'après le degré ou l'intensité de la maladie et la prédominance de tel ou tel symptôme.

En général, je conseille les eaux chaudes non minéralisées, que l'on pourrait appeler eaux médicinales naturelles amétallites, comme celles d'Evaux, Néris, Plombières, Bains, Luxeuil, Dax, Ussat, etc., lorsque les phénomènes inflammatoires sont encore très accusés, et lorsque la réaction fébrile persistant paraît surtout devoir prendre une nouvelle intensité à de certains moments, principalement au retour des époques menstruelles. C'est absolument dans les mêmes conditions que je prescris, en temps ordinaire, les bains simples, tièdes ou un peu chauds, et prolongés.

Si dans cette même période il y a, en outre, des symptômes dyseptiques assez marqués, je tâche d'ajouter l'action des alcalins et principalement du bicarbonate de soude à celle de la chaleur et je renvoie mes malades, suivant les cas : ou aux eaux bi-carbona-

tées sodiques et chlorurées de Saint-Nectaire, de la Bourboule, de Bourbon l'Archambault, de Bourbon-Lancy, etc. ; ou aux eaux simplement bi-carbonatées sodiques ou calciques de Royat, de Pougues, de La Malou; ces deux dernières me paraissent souvent devoir être préférées, l'une à cause du fer et du magnèse, l'autre à cause de la petite quantité d'arsenic qu'elles contiennent.

Quant à celles qui sont fortement alcalines, comme Vals et Vichy, je m'en méfie un peu et je vous ai dit pourquoi. Cependant, elles sont souvent efficaces, vers la fin de la première période, et pendant la période de transition qui va faire succéder l'induration anémique de l'utérus à sa vascularisation congestive.

Plus tard, lorsque cette transition s'est opérée, c'est aux eaux chlorurées-sodiques que je crois utile de s'adresser. M. Durand-Fardel les proscrit du traitement de la métrite chronique, sous prétexte qu'elles prédisposent aux hémorrhagies, mais c'est là ce qui me témoigne de leur efficacité, au moment auquel je crois opportun d'y avoir recours. On ne doit jamais oublier, en effet, que les deux degrés de la métrite chronique constituent deux états anatomiques tellement dissemblables, tellement opposés même, que, ce qui dans le traitement doit être utile pour l'un, sera presque fatalement nuisible pour l'autre. M. Durand-Fardel a donc raison de ne pas vouloir des eaux chlorurées-sodiques pendant la première période de la maladie, la période de congestion, celle qui a pour symptôme habituel des métrorrhagies ou des règles profuses et pour le traitement de laquelle les eaux de Vichy sont souvent utiles; mais il a tort de ne pas les accepter pour la deuxième période, la période d'induration anémique, caractérisée

symptomatiquement par l'aménorrhée ou de la dysménorrhée. Dans ces cas, il y a tout avantage à s'adresser à une médication stimulante qui favorise le retour des écoulements menstruels, et il convient d'envoyer les malades à Bourbonne, à Balaruc, à Salins, à Salies de Béarn ou à toute autre source dont les eaux contiennent de l'iode et du brôme, en même temps que du chlorure de sodium.

Plusieurs sources nous offrent une indication spéciale, en raison de leurs qualités purgatives, qu'il est si souvent essentiel de pouvoir utiliser dans le cours de la métrite chronique ; ce sont : les eaux sulfatées magnésiennes et sodiques de Püllna (Autriche), de Birminstorf (Suisse), de Hunyadi-Janös (Hongrie), de Miers (Lot), de Montmirail-Vaqueyras (Ardèche), qui, données à l'intérieur à la dose de 2 à 3 verres par jour, doivent être prises bien plutôt à domicile que sur place.

Comme, à cette même période, on ne saurait exercer une stimulation trop puissante sur l'organe affecté, dont la structure et la vitalité ont été profondément modifiées par la maladie, on peut également avoir recours aux eaux sulfureuses, et parmi ces dernières les stations que je préfère sont celles d'Ax, de Luchon et de Saint-Sauveur. Dans certains cas, je n'attends pas, pour les recommander, que mes malades soient arrivées à cette dernière période ; et je les prescris assez souvent, même au début de la métrite chronique, lorsqu'il y a des ulcérations du col qui résistent au traitement ordinaire, chez des sujets un peu lymphatiques, ou affectés de dartres.

Les bains de mer répondent à peu près aux mêmes indications que les eaux sulfureuses ; cependant je les réserve pour la convalescence, ou pour les cas dans

lesquels la chlorose domine. L'hydrothérapie peut souvent les remplacer avec avantage, et dans tous les cas elle est fort utile pour y préparer les malades.

A celles qui sont plus profondément anémiées et qui paraîtraient hors d'état de supporter la réaction du bain de mer, il faut prescrire ou l'eau ferrugineuse comme celle de Bussang, de Spa, de Bagnoles de l'Orne, de Forges-les-Bains, d'Auteuil, etc., etc. ; ou tout simplement le séjour de la campagne avec un régime approprié ; mais ceci nous conduit à nous occuper de l'hygiène, dans ses rapports avec le traitement de la métrite chronique.

VI. Précautions hygiéniques.

L'hygiène des femmes affectées de métrite chronique doit être attentivement surveillée, et pendant toute la durée du traitement, et à partir de la convalescence.

Je ne reviendrai pas sur ce que je vous ai dit à propos du régime alimentaire, dont l'importance est telle que j'ai dû le considérer comme faisant partie intégrante du traitement général tonique et reconstituant, plutôt que comme un simple élément de l'hygiène ; nous ne nous occuperons donc ici que de ce qui concerne la vie de relation.

Le séjour à la campagne, dans un lieu sec et bien aéré, avec des ombrages suffisants pour que, même dans la saison la plus chaude de l'année, la malade puisse passer la plus grande partie de ses journées en plein air, constitue un des éléments les plus favorables pour le rétablissement. Au repos corporel, la résidence à la campagne permet d'ajouter le repos moral, qui est

au moins aussi nécessaire; car, autant que les fatigues physiques, il faut faire éviter aux malades les émotions morales vives et douloureuses.

Un peu d'exercice est nécessaire, et nulle part il ne peut plus commodément être pris sans fatigue qu'à la campagne, où l'on n'a pas d'étages à gravir et où la promenade est toujours facile. A toutes les époques de la maladie, de petites promenades à pied, non seulement peuvent être autorisées, mais doivent même être conseillées, et je ne saurais, pour ma part, accepter la pratique de Lisfranc, qui laissait ses malades des mois entiers étendues sur leur chaise longue, sans leur permettre de poser le pied à terre. C'est ainsi qu'il aggravait les phénomènes dyspeptiques et qu'il favorisait les troubles de la sécrétion urinaire dont je vous ai parlé dans une précédente Leçon. La promenade à pied me paraît toujours devoir être préférée à la promenade en voiture, même dans une voiture parfaitement suspendue; cependant cette dernière peut aussi être permise, et, dans quelques cas, elle est seule supportée par des femmes auxquelles la marche occasionne des douleurs extrêmement vives.

Mais ce que je proscris absolument, c'est l'équitation, c'est la danse, ce sont les courses prolongées, les ascensions de montagnes, etc., tous exercices qui ont l'inconvénient d'imprimer à l'utérus malade des mouvements trop violents pour qu'ils puissent demeurer innocents.

Dans tous les cas, lorsque les malades veulent marcher, il est nécessaire de maintenir leur utérus dans l'immobilité la plus complète possible, en exerçant une légère compression au moyen d'une ceinture qui contourne le bassin. Les ceintures hypogastriques, à pelotes

plus ou moins compliquées, qui vont chercher le corps même de l'utérus, pour le comprimer à travers les parois abdominales, sont toujours mal supportées, en raison des douleurs qu'elles provoquent. Celles que j'emploie sont constituées par des bandes de tissu élastique de 3 à 4 centimètres de large, ajustées les unes à côté des autres de façon à ne pas dépasser en hauteur le milieu de l'espace qui sépare le pubis de l'ombilic. Quand elles sont faites avec soin, et qu'elles contournent bien les hanches, elles s'adaptent parfaitement au bassin, se tiennent en place sans qu'il soit besoin de les retenir au moyen de sous-cuisses, et soulagent beaucoup les malades, qui ont alors leurs viscères abdominaux soutenus de telle façon qu'aucun ballottement ne retentisse plus dans leur bassin, lorsqu'elles marchent.

Si nous prenons tant de soin pour éviter à l'utérus les moindres mouvements qui pourraient retentir sur lui pendant la marche, nous devons, à plus forte raison, redouter les secousses auxquelles il pourrait être exposé pendant l'acte du coït, et, à ce point de vue, conseiller le repos le plus absolu de l'organe malade. Cela est vrai en principe, mais ne savez-vous pas, messieurs, combien on est exposé, dans la pratique des choses de la vie, à voir les principes les plus rigoureux céder devant les impérieuses exigences des faits ? Nous nous trouvons ici dans une de ces situations où les principes ne doivent pas rester inflexibles ; et, pour mon compte, je crois qu'une certaine tolérance aura, dans nombre de cas, une influence plutôt favorable que nuisible au point de vue de la guérison. Il faut cependant savoir distinguer, avec un certain tact, les conditions dans lesquelles cette tolérance pourra s'exercer. Il est bien cer-

tain que, quand vous aurez affaire à une de ces femmes légères, aux mœurs faciles, pour qui vos prescriptions les plus sévères seront à peine un frein suffisant, vous devrez bien vous garder de rien autoriser, car, avec elle, l'abus suivrait de trop près l'usage. — Mais, lorsqu'il s'agit de la femme chaste et vertueuse, de l'épouse respectable, de la mère de famille attentive à tous ses devoirs et désireuse de reconquérir au plus vite sa santé perdue, rappelez-vous que toutes vos prescriptions seront suivies avec la plus scrupuleuse exactitude, et, comme vous n'avez pas à craindre l'abus, sachez tolérer l'usage modéré de rapports qui ne pourraient pas être complètement interrompus, pendant toute la durée du traitement, sans de graves inconvénients.

Il est bien entendu que je ne vous conseille pas d'autoriser les rapports conjugaux lorsque l'utérus est tuméfié, douloureux et saignant au moindre attouchement ; les accidents qui en résulteraient immédiatement seraient plus que suffisants pour montrer qu'il faut alors s'en abstenir d'une façon absolue. Mais plus tard, dans la période d'induration, si le col n'est pas ulcéré, si les divers mouvements, imprimés à l'utérus pendant l'exploration par le toucher, ne provoquent ni suintement sanguinolent ni douleur, sur quelles raisons pourrait-on se fonder pour exiger l'éloignement de la couche conjugale ? Il faut, ai-je dit, éviter à nos malades les émotions tristes et pénibles, auxquelles les prédispose si fortement la nature de leur mal. De quel droit viendrait-on, quand leur moral est déjà si péniblement ébranlé par le fait de leur maladie, ajouter à leurs angoisses, à leurs inquiétudes, à leurs craintes, en leur laissant croire qu'elles vont devenir un objet de

répulsion et de dégoût pour leur mari, et qu'elles sont exposées à le voir chercher ailleurs les plaisirs qu'il ne peut plus trouver auprès d'elles ? Cette situation est, croyez-moi, messieurs, assez pénible et assez douloureuse pour que vous ne deviez pas la créer sans une absolue nécessité, et la métrite chronique ne compte pas au nombre des maladies qui doivent vous imposer l'obligation de la faire naître.

Bien au contraire, je me demande si l'excitation résultant de l'acte sexuel ne doit pas avoir une influence plutôt favorable que nuisible sur des utérus anémiés et ayant perdu leur irritabilité, comme le sont ceux que l'on rencontre dans la période d'induration de la métrite chronique. J'en suis tellement convaincu, qu'en cas pareil, je ne me contente pas d'autoriser les rapports sexuels, je les conseille, et il m'arrive parfois, quand une malade, dans ces conditions, séjourne trop longtemps à l'hôpital, de lui donner son exeat avec l'espoir, souvent réalisé, qu'une certaine amélioration suivra l'usage qu'elle aura su faire de sa liberté.

Rappelez-vous, du reste, ce que je vous ai dit de l'action heureuse qu'une grossesse pourrait exercer sur la texture de l'utérus, en sollicitant la formation de fibres musculaires nouvelles, venant prendre la place de celles qui auraient été atrophiées par le travail phlegmasique, et voyez dans ce fait un nouveau motif sur lequel vous pourrez vous fonder pour autoriser les rapprochements sexuels, dans la métrite chronique, au lieu de les proscrire, comme cela se fait si habituellement, sans que l'on sache pourquoi.

Si délicate que soit la question que nous venons de traiter, il en est une bien plus délicate encore, devant

laquelle je ne veux pas reculer, parce qu'il importe que vous sachiez quelle ligne de conduite vous devrez suivre en ce qui concerne la question du mariage, lorsque vous donnerez des soins à une jeune fille affectée de métrite chronique.

Si l'inflammation conserve encore une certaine acuité, ou si elle est dans cette période de transition qui marque le passage de l'état aigu à l'état chronique, et qui est signalée par de fréquentes bouffées inflammatoires, ou simplement congestives, toute idée de mariage devra être éloignée. Si une union était projetée, pour une jeune fille se trouvant dans cet état, vous devriez user de votre influence et même de votre autorité auprès de la famille, pour la faire retarder jusqu'à ce que vous ayez pu obtenir une rémission très marquée de ces accidents inflammatoires. Si l'on ne tenait pas compte de vos avis, on s'exposerait à voir ces accidents prendre une intensité nouvelle après les premiers rapprochements sexuels, et il serait possible que l'inflammation, dépassant le tissu utérin, s'étendît au tissu cellulaire ambiant, aux ligaments larges et même au péritoine, de façon à compromettre la vie, ou tout au moins à devenir une cause de stérilité, par suite des adhérences qui empêcheraient plus tard le jeu régulier des trompes de Fallope, au moment de l'ovulation.

Que si, au contraire, il s'agissait d'une métrite franchement chronique, sans ulcérations ou avec des ulcérations très superficielles, vous pourriez, sans inconvénient, laisser consommer un mariage projeté, sauf à prévenir qu'on ne devrait pas tarder à réclamer vos soins s'il survenait quelque malaise pendant le cours de la lune de miel.

Quant à provoquer vous-même un mariage, alors que la famille n'y songerait pas, je ne trouve aucun cas qui puisse le nécessiter; et, ce que je vous ai dit de la tolérance avec laquelle vous pouvez autoriser les rapprochements sexuels chez les femmes qui en ont déjà usé, ne doit pas aller jusqu'à vous faire penser qu'ils puissent jamais devenir nécessaires à la guérison d'une métrite survenue chez une fille vierge.

A l'hygiène des femmes affectées de métrite chronique ou convalescentes de cette maladie se rattache toute une série de précautions et de soins qui doivent être pris au moment des époques menstruelles. Comme la congestion, qui se produit alors dans tout le système génital, peut très facilement devenir le point de départ d'une de ces bouffées inflammatoires qui marquent le retour des accidents, c'est surtout à cette époque qu'il faut exiger le repos le plus absolu, en forçant la malade à garder la chambre ou même le lit, et en lui recommandant de se soustraire avec plus de précautions que jamais à toutes les causes d'excitation.

XVII

HYPERTROPHIE DU COL DE L'UTÉRUS.

Le col de l'utérus peut être hypertrophié indépendamment du reste de l'organe. — L'hypertrophie éffecte isolément la portion sous-vaginale et la portion sus-vaginale.

Hypertrophie sous-vaginale. — Ses diverses formes. — Influence du travail de l'accouchement et des phlegmasies péri-utérines. — Du traumatisme. — Symptômes. — Complications. — Déviations utérines. — État du col hypertrophié. — Diagnostic. — Polypes avec cavité kystique et orifice inferieur. — Inutilité et inconvénients des pessaires. — Inefficacité de la cautérisation. — Amputation du col. — Supériorité de l'anse galvano-caustique pour cette opération.

Hypertrophie sus-vaginale. — Description de la tumeur qui a longtemps été prise pour une chute ou précipitation de la matrice. — Sa fréquence relative comparée à l'excessive rareté du prolapsus. — Description de pièces anatomiques. — Mode de production de cette lésion. — Symptômes. — Diagnostic — Signes qui permettent de la différencier d'avec la chute de l'utérus. — Marche de la maladie. — Traitement. — Amputation conoïde du col de l'utérus, d'après la méthode de Huguier. — Relation de quatre opérations pratiquées avec succès.

Messieurs,

Si nous ne rencontrons pas l'hypertrophie totale de l'utérus comme lésion élémentaire primitive, il peut arriver cependant, vous ai-je dit (1), qu'une portion importante de cet organe, le col, devienne le

(1) Voyez p. 560.

siège d'une hypertrophie véritable. — L'augmentation de volume qui survient alors ne dépend pas seulement, comme dans les cas dont nous venons du nous occuper précédemment, d'une simple addition de tissu conjonctif déposé par le travail inflammatoire, mais bien d'un vice de nutrition par suite duquel tous les éléments anatomiques qui entrent dans la constitution de l'organe sont devenus plus abondants, tout en conservant leurs proportions réciproques, de telle sorte que la structure intime du tissu n'en est pas sensiblement modifiée. Cette hypertrophie peut porter sur l'un ou sur l'autre des deux segments du col utérin : sur sa portion inférieure ou *sous-vaginale,* tout aussi bien que sur sa portion supérieure ou *sus-vaginale.* Il est rare que ces deux portions soient affectées simultanément ; cependant M. Alphonse Guérin a rapporté un cas dans lequel il paraît y avoir eu en même temps hypertrophie sus- et sous-vaginale (1). Les faits de ce genre sont extrêmement rares, car Huguier dit n'en avoir jamais observé un seul exemple (2).

I. Hypertrophie sous-vaginale du col de l'utérus.

L'hypertrophie de la portion sus-vaginale se fait surtout dans le sens longitudinal, d'où le nom d'*élongation* ou d'*allongement hypertrophique,* qui lui a été donné. L'hypertrophie sous-vaginale porte à peu

(1) Alph. Guérin, *Observation communiquée à la Société de chirurgie,* (Séance du 15 janvier 1860).

(2) Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les maladies désignées sous les noms de descente, précipitation,* etc. Paris, 1860.

près indistinctement sur les trois diamètres du col, ou pour mieux dire du museau de tanche. C'est de cette dernière que nous allons nous occuper tout d'abord.

Scanzoni en avait admis cinq formes :

1° Il y a augmentation du col dans tous les sens, et la partie inférieure est surtout tuméfiée, ce qui lui donne la forme de massue, ou de battant de cloche ;

2° Le col est conique, allongé, et son orifice est plutôt rétréci qu'élargi ;

3° Le col a une forme cylindrique, tout en descendant jusqu'à la vulve, et son orifice a des aspects variables ;

4° L'hypertrophie porte sur une seule lèvre, l'autre conservant ses dimensions normales et restant effacée ;

5° Les deux lèvres sont à peu près également hypertrophiées, mais séparées par une fente profonde, ce qui leur donne l'apparence, soit d'une mitre d'évêque renversée, soit d'ailes de papillon.

Je ne m'arrêterai pas à vous décrire en particulier chacune de ces espèces ou variétés qui dépendent seulement de la configuration même que présentait le col au moment où il a commencé à s'hypertrophier. — La forme conique se rencontre chez les femmes qui n'ont pas conçu, tandis que la forme cylindrique, ou la forme en battant de cloche et à plus forte raison la forme en mitre d'évêque ou en papillon ne peuvent se trouver que chez les femmes qui ont eu des enfants, et dont le col utérin a été modifié ou même déchiré par les accouchements antérieurs. — Quant à l'hypertrophie qui porte sur une seule lèvre, elle peut s'expliquer par des circonstances diverses, telles que

la brièveté congénitale ou acquise de la paroi vaginale correspondante, ou les altérations de l'autre lèvre consécutives, soit à l'accouchement, soit à un traumatisme quelconque.

On me paraît encore confondre dans certains cas (1) avec l'hypertrophie simple qui nous occupe de véritables tumeurs polypiformes, développées sur le col et qui en raison de leur structure identique à celle du tissu même de l'utérus devraient, ainsi que je vous le dirai plus tard, être décrites, comme l'a proposé M. Broca, sous le nom d'*hystéromes*.

Les deux exemples qui viennent de passer sous vos yeux se rapportant l'un et l'autre à la forme la plus commune peuvent parfaitement me servir de types pour la description de cette singulière affection. Le premier nous est fourni par une femme de 36 ans, qui est couchée au n° 4 de notre salle du Rosaire, et qui est malade depuis douze à treize ans. Malgré une certaine apparence de santé, cette femme est de constitution lymphatique, je dirai presque scrofuleuse. Chétive dans son enfance, elle eut vers l'âge de 13 ans une pneumonie, puis une fièvre typhoïde suivie d'une otorrhée assez persistante. Elle ne fut réglée qu'à l'âge de 18 ans, quoiqu'elle habitât une ville, Saumur; et pendant deux années, elle eut à chacune de ses époques, des douleurs de bas-ventre qui durèrent plusieurs jours.

Mariée à 22 ans, elle devint enceinte presque aussitôt, et en quatre ans elle eut trois grossesses. —

(1) Voyez à ce sujet les obs. III et IV du mémoire de Dupuy, *Sur l'élongation hypertrophique de la portion vaginale du col de l'utérus* (*Progrès médical*, 1875).

Chacun de ses accouchements fut long, pénible et laborieux. On fut obligé de lui appliquer chaque fois le forceps, et ses enfants succombèrent. Ces antécédents méritent d'être pris en considération, car, dans l'immense majorité des cas d'hypertrophie sous-vaginale, vous trouverez des accouchements laborieux, notés parmi les causes. Cette étiologie ne saurait être révoquée en doute pour cette malade, et vous verrez dans un instant qu'elle a eu une action semblable chez sa voisine couchée au n° 4 de la même salle.

Le dernier accouchement, qui date d'il y a onze ans, fut suivi d'accidents inflammatoires immédiats, il y eut un phlegmon péri-utérin, et l'abcès s'ouvrit à la fois dans le vagin et dans le rectum. C'est à cette occasion que je fus appelé à lui donner mes soins pour la première fois. Elle demeura dix mois au lit. Elle eut même une paralysie de la jambe gauche, due à la compression du nerf sciatique par les produits inflammatoires. Vous savez combien ces inflammations péri-utérines sont longues à se résoudre et combien les récidives en sont fréquentes.

Cette malheureuse femme ne fit pas exception à la règle et, quoiqu'elle eût de temps en temps des périodes de rémission durant lesquelles elle put reprendre ses occupations habituelles, elle ne fut jamais complètement rétablie et éprouva souvent de nouvelles poussées inflammatoires qui la forcèrent à s'aliter. — Ce fut dans le cours d'une de ces recrudescences qu'elle fut adressée à M. Léon Labbé qui la fit entrer en 1873 dans son service de cet hôpital et voulut bien me demander mon avis sur le traitement qu'il convenait de lui faire suivre.

— Les phénomènes inflammatoires s'étaient notablement amendés, et l'habile chirurgien ayant constaté une longueur insolite du col de l'utérus se demandait s'il n'y avait pas lieu d'opérer. Je l'engageai à attendre et nous eûmes à nous applaudir de cette temporisation, car à l'époque menstruelle suivante — et sans qu'aucune action chirurgicale eût été exercée — il survint une péritonite extrêmement intense qui ne tarda pas à se généraliser et qui mit très sérieusement en danger les jours de la malade. C'est la crainte de cette complication qui nous avait décidés à ajourner l'opération à laquelle on aurait été d'autant plus disposé à l'attribuer que la malade n'hésitait en aucune façon à la mettre sur le compte de notre examen et de celui des élèves qui nous entouraient. — Une fois entré dans cette voie de prudence et de temporisation, je voulus la suivre jusqu'au bout et il fut décidé que la malade ne serait opérée que quand nous pourrions nous croire à l'abri de tout retour offensif de la phlegmasie péritonéale. L'attente fut longue ; elle dura quatre années durant lesquelles la malade eut à diverses reprises des poussées de péritonite, moins graves que celle de 1873 et séparées par de plus longs intervalles d'une santé presque satisfaisante. Une de ces accalmies durait depuis deux ans lorsqu'elle demanda à être soulagée de souffrances d'un tout autre ordre, qui, si elles avaient déjà existé antérieurement, n'avaient pas été aussi nettement perçues, et qui devenaient de plus en plus intolérables à mesure que les autres allaient en s'amoindrissant.

Elle sentait qu'un corps dur et arrondi descendait dans le vagin et se présentait à la vulve. Elle avait des pesanteurs au périnée et vers les aines, des douleurs

abdomino-lombaires, une miction difficile, de l'inappétence, de la céphalalgie et des vertiges. Elle perdait ses forces, devenait incapable de travailler, et ses rapports conjugaux étaient si douloureux qu'ils devenaient à peu près impossibles.

Cette femme entra à l'hôpital et M. Dumontpallier, qui me remplaçait alors, constata que le col de l'utérus était arrivé tout près de la vulve. Mon collègue qui, vous le savez, a imaginé un pessaire fort ingénieux, facile à introduire, et généralement très bien supporté par les malades, lui en fit l'application. Malgré sa bénignité habituelle, malgré l'habileté avec laquelle il avait été placé, cet instrument détermina des souffrances telles que la malade fut obligée de le retirer dès le lendemain.

Je la vis peu de temps après et je constatai ce qui suit : Entre les lèvres de la vulve, on voyait saillir un corps conoïde, arrondi, présentant un orifice sous forme de fente transversale et ressemblant assez exactement à une tête de pénis (*fig.* 113). Cette comparaison a été faite autrefois par Morgagni, et à cette époque, où l'on croyait à l'hermaphrodisme vrai, cet aspect a pu conduire parfois à des erreurs qui ne sont plus à redouter de nos jours.

En pratiquant le toucher, le doigt contournait facilement le col hypertrophié et remontait jusqu'au point de réflexion du vagin en pénétrant dans les culs-de-sac. L'exploration avec la sonde complétait les renseignements fournis par la vue et par le toucher, d'abord en montrant que dans ces culs-de-sac il n'existait aucun orifice représentant celui de la matrice, puis en permettant de reconnaître que l'ouverture située sur la partie la plus inférieure et la plus saillante de la tu-

meur était bien l'ouverture du col utérin. En effet, lorsqu'on introduisait le cathéter par cet orifice, il pénétrait jusqu'à 9 centimètres, et par le palper hypogastrique aussi bien que par le toucher rectal on pouvait s'assurer

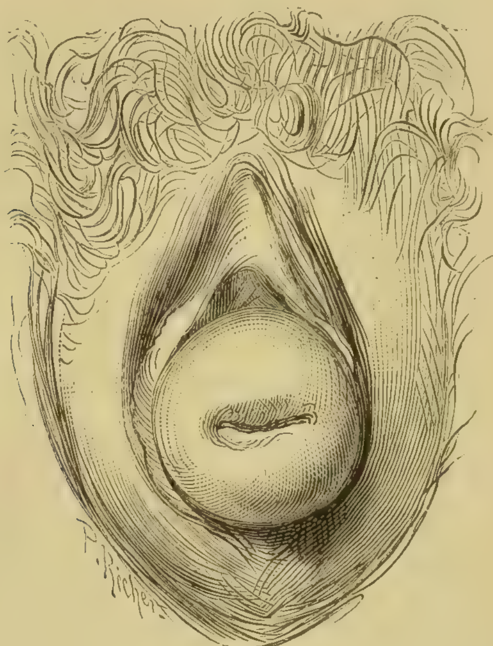


Fig. 113. — Hypertrophie de la portion sous-vaginale du col de l'utérus

que la cavité dans laquelle il était entré était bien celle du corps de la matrice, demeurée à sa place habituelle.

Si, au lieu de porter sur la totalité du museau de tanche, l'hypertrophie n'avait porté que sur une des lèvres du col, l'orifice dans lequel nous avons fait pénétrer la sonde ne se serait pas trouvé à l'extrémité la plus inférieure de la tumeur; mais bien sur un de ses côtés. Quelquefois même l'orifice utérin est situé tout à fait au niveau d'une des insertions vaginales et

alors il n'y a qu'une seule lèvre non seulement hypertrophiée, mais même saillante dans le vagin. Lorsqu'il en est ainsi, c'est presque toujours la lèvre antérieure

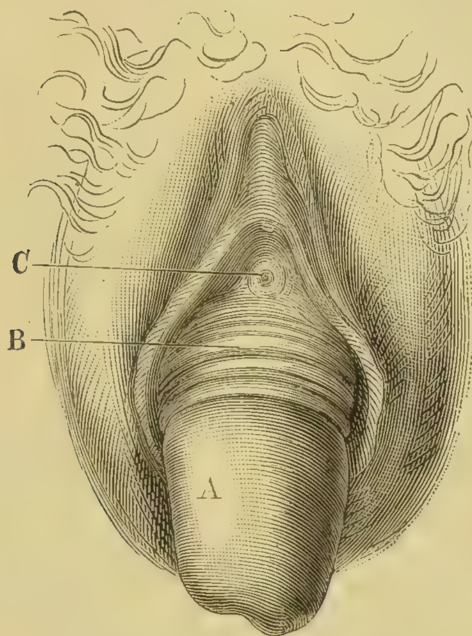


Fig. 114. — Hypertrophie sous-vaginale du col de l'utérus (*).

qui est hypertrophiée (*fig.* 114) et fait cette saillie anormale. Cela est dû à la flaccidité congénitale de la partie antérieure du vagin qui exagère une disposition qui se rencontre assez souvent à l'état normal en dehors de toute condition pathologique et constitue cette forme particulière du col de l'utérus qui a été décrite sous le nom de col en *groin de tapir*.

Cette disposition ne se rencontre guère que chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et à cela il n'y a rien d'étonnant puisqu'elle constitue par elle-même une

(*) A. Lèvre antérieure hypertrophiée sortant hors de la vulve. — B. Plis transversaux de la paroi antérieure du vagin. — C. Méat urinaire.

cause de stérilité. Il en est de même de l'hypertrophie à forme conique (*fig.* 115 et 116) ; tandis que l'hypertrophie à forme cylindrique comme celle que présentait

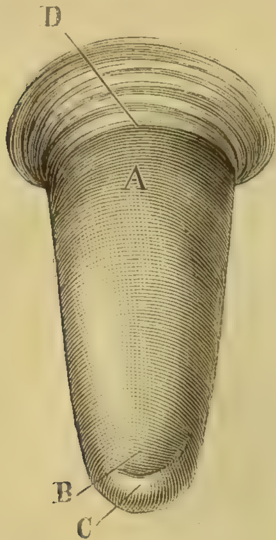


Fig. 115. — Allongement conoïde du col vu par sa face antérieure de manière à montrer toute sa longueur.

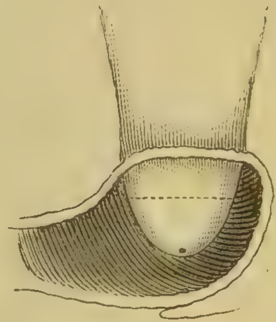


Fig. 116. — Hypertrophie conique du col de l'utérus ne faisant pas saillie hors du vagin.

notre malade et l'hypertrophie en forme de massue ou de battant de cloche (*fig.* 117), sont, comme j'ai déjà eu l'honneur de vous le dire, plus spéciales aux femmes qui ont conçu et plus particulières à celles qui ont eu de nombreux accouchements.

En général les accouchements et surtout les accouchements laborieux, ceux dans lesquels il y a eu application de forceps, constituent, comme je vous l'ai déjà fait remarquer, la cause efficiente la plus fréquente de l'hypertrophie qui nous occupe. Cependant

(*) A. Base du col au niveau de l'insertion du vagin. — B. Sommet du col ou museau de tanche. — C. Orifice vaginal du col de la matrice. — D. Cul-de-sac antérieur du vagin.

elle peut reconnaître d'autres causes puisqu'on la rencontre non seulement chez les femmes qui n'ont pas conçu, mais même, dans certains cas plus rares, chez les filles vierges. Le plus souvent le traumatisme n'est pas étranger à sa production ; c'est ainsi que Huguier

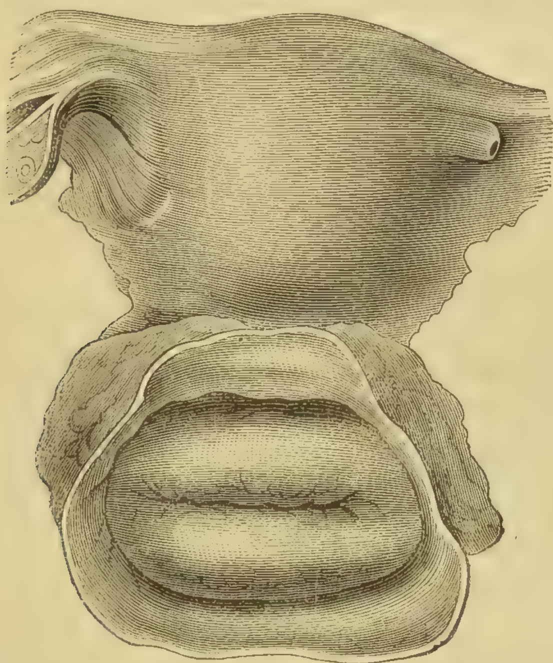


Fig. 117. — Hypertrophie sous-vagine du col de l'utérus, en forme de massue.

cite un cas où elle a pu être attribuée à une chute faite pendant les règles (1), et que Dupuy rapporte une observation empruntée à Laurent (2) dans laquelle la production de la maladie paraît due à diverses secousses et en particulier à celles résultant du saut à la corde. Dans un des cas dont je vous donnerai la relation succincte la malade se livrait aux rudes travaux de la cul-

(1) Huguier, *loc. cit.*, obs. III.
(2) Dupuy, *loc. cit.*, obs. IV.

ture avec la bêche lorsque sont apparus les premiers symptômes de son affection.

Le début de l'affection est le plus souvent obscur. Quelquefois les malades ne souffrent pas et ce n'est que par hasard, en faisant leur toilette, qu'elles s'aperçoivent de la procidence d'un corps dur et arrondi à l'entrée du vagin. D'autres fois elles éprouvent de la fatigue et des douleurs, soit en marchant, soit en restant debout, soit surtout en s'asseyant. La pression sur le siège détermine une secousse sur le col hypertrophié, qui refoule le corps de l'utérus, et retentit jusque vers les organes abdominaux.

Les rapports sexuels deviennent très douloureux et même impossibles. Dans une observation communiquée à M. Huguier par M. Broca (1) le trouble apporté à l'accomplissement du coït, était tel que le mari exigea l'opération, qui fut pratiquée avec le plus grand succès.

Des complications qui peuvent survenir, les unes sont graves, sérieuses, mais peu fréquentes, comme celles qu'a présentées notre malade du n° 5. Ce sont des inflammations péri-utérines, et des péritonites limitées au petit bassin, ou même généralisées. Ces affections sont quelquefois antérieures au développement de l'hypertrophie sous-vaginale, et devraient être rangées alors plutôt parmi les causes ; mais il n'en est pas moins vrai qu'elles constituent souvent une véritable complication, puisqu'elles peuvent mettre obstacle à l'opération.

D'autres complications, plus faciles à prévoir, sont plus fréquentes et sont loin d'avoir la même gravité. Je veux parler de l'inflammation de la vulve occasionnée

(1) Huguier, *loc. cit.*, obs. VIII.

d'une façon toute mécanique, par la présence d'un corps étranger qui vient y faire saillie. On observe alors des démangeaisons, de la rougeur, un peu de gonflement, et quelques excoriations sur le pourtour de l'orifice vulvaire. Estevenet (1) a vu dans un cas une bourse séreuse se former au niveau de la fourchette, par suite du frottement résultant du contact du col sur cette partie.

Enfin les déviations utérines constituent un autre genre de complications. La rétroversion est de beaucoup la plus fréquente; l'utérus, un peu augmenté de volume, tend par son propre poids à tomber en arrière. De plus, la partie cervicale de l'utérus, allongée dans le vagin, suit naturellement l'axe du petit bassin et du conduit vulvo-vaginal, entraînant ainsi le corps dans cette direction. Les symptômes fonctionnels sont peu considérables, le corps presse sur le rectum et peut amener de la constipation, et en avant le col comprimant l'urèthre peut occasionner de la rétention d'urine. Mais ces signes ne sont jamais bien accusés et la rétroversion ne sera souvent révélée que par les signes physiques qui lui sont propres.

Mais il n'en est pas de même de l'antéversion, beaucoup plus rare. Ici, le corps porté en avant prendra un point d'appui sur la symphyse pubienne ou au-dessus du pubis; le col rigide, ne trouvant pas à s'échapper par l'orifice vulvaire comme dans la rétroversion, ira buter contre le rectum et mettra un obstacle plus ou moins complet au cours des matières fécales. Huguier cite le cas d'une malade qui ne pouvait aller à la garde-robe qu'à la condition de se coucher presque horizonta-

(1) Silvestre, *Thèse de Montpellier*, 1868.

lement et de se comprimer le bas-ventre, pour faire basculer le corps de l'utérus, afin de délivrer ainsi le rectum de la pression exercée sur lui par le col hypertrophié qui mettait obstacle à la circulation des matières fécales (1).

La structure du col hypertrophié varie suivant les éléments sur lesquels porte l'hypertrophie. Dans la plupart des cas, l'hypertrophie porte sur le tissu musculaire, et le col malade présente alors la même structure qu'à l'état normal. Dans d'autres cas, l'augmentation du volume se fait surtout aux dépens de la muqueuse, et principalement des glandes qui peuvent acquérir des dimensions considérables. Cette forme assez rare ne constitue à vrai dire qu'une des variétés de la métrite chronique à laquelle vous vous rappelez que j'ai attribué le développement des polypes utéro-folliculaires. Enfin, il est une troisième forme de l'hypertrophie du col, dans laquelle l'élément vasculaire est spécialement intéressé. On observe une dilatation des vaisseaux qui peut donner à l'opération, dont je vais vous parler dans un instant, une gravité toute particulière.

On a aussi décrit, comme une quatrième forme, un un œdème du col utérin occupant seulement la portion sous-vaginale. Herpin, de Genève (2), en cite plusieurs cas, et il l'attribue à une gêne de la circulation veineuse du petit bassin, due à la compression de la veine hypogastrique par une tumeur de l'utérus lui-même. ou indépendante de cet organe. M. Guéniot (3) a si-

(1) Huguier, *loc. cit.*, obs. V.

(2) Herpin, *Gazette médicale de Paris*. Janvier 1856. Voir aussi *l'Union médicale* du 15 janvier 1861.

(3) Guéniot, *Allongement œdémat. pendant la grossesse et l'accouchement*, 1872.

gnalé, pendant la gestation, un œdème du col, relevant de causes semblables. Il est fort important d'avoir l'attention éveillée sur cette particularité, pour se garder de porter le cathéter dans un utérus gravide. D'ailleurs, la coloration violacée, la mollesse du col œdématié, jointes aux autres signes de la grossesse, empêcheront de commettre une erreur de diagnostic si préjudiciable.

Dans le plus grand nombre de cas d'hypertrophie sous-

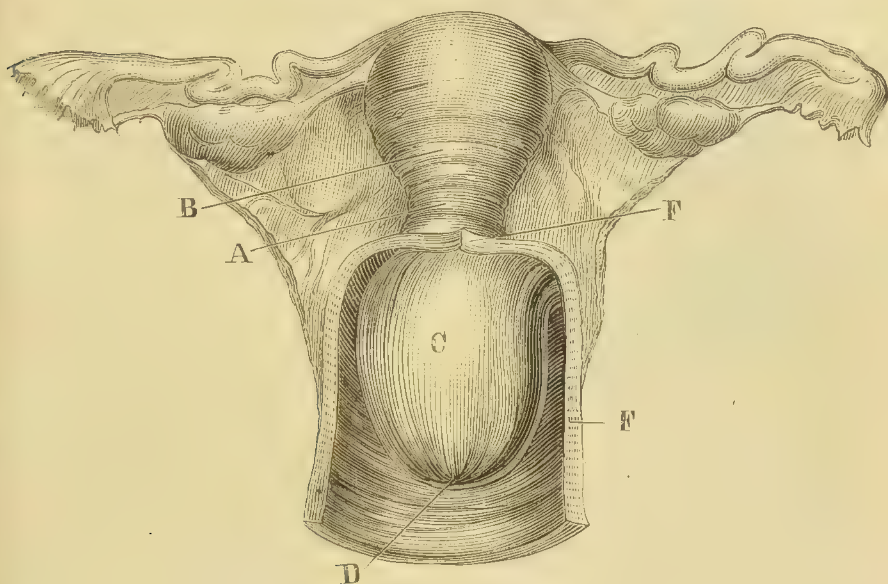


Fig. 118. — Vue d'ensemble de l'utérus avec hypertrophie sous-vaginale du col (*).

vaginale du col, le corps de la matrice demeure indemne, ou il ne subit qu'une augmentation à peine appréciable de volume (*fig.* 118). Cependant on peut trouver dans

(*) L'appareil utéro-ovarique est vu par sa face postérieure. — A. Col de l'utérus. — B. Point d'union du col avec le corps. — C. Portion intra- ou sous-vaginale du corps hypertrophié. — D. Fente transversale formée par l'ouverture du col. — E. Vagin ouvert longitudinalement par sa face postérieure. — F,F. Tranche de l'incision longitudinale faite au vagin. (Huguier, *Mémoires sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. Paris, 1860.)

les annales de la science quelques cas assez rares où il y a coïncidence de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale, accompagnant l'hypertrophie sous-vaginale comme dans le fait de M. Alp. Guérin que je vous ai déjà cité. Par contre, et comme opposition, Boinet a rapporté un fait d'atrophie du corps de l'utérus accompagnant l'hypertrophie sous-vaginale. Mais il s'agit d'un cas observé pendant la vie et dépourvu de la sanction fournie par l'examen anatomique. Trop de causes d'erreur ont pu se produire pour que nous devions l'admettre sans de grandes réserves.

Le diagnostic est facile ; cette tumeur, qui est saillante dans le vagin, que le doigt peut contourner dans tout son pourtour, qui se continue avec le corps même de la matrice, qui se termine à son extrémité la plus inférieure par un orifice facile à cathétériser et dans lequel la sonde pénètre librement jusqu'à une profondeur de plus de 7 ou 8 centimètres, ne peut être confondue avec aucune autre. Tout au plus pourrait-il y avoir une certaine hésitation si l'hypertrophie ne portait que sur une seule lèvre, car alors l'orifice du col ne se trouverait plus à l'extrémité de la tumeur, mais au fond du vagin, sur un de ses côtés. En cas pareil l'hypertrophie simple peut être aisément confondue avec une tumeur fibreuse occupant une des lèvres du col. La différence consiste simplement en ce que les tumeurs fibreuses ont toujours une certaine tendance à se pédiculiser, ce qui permet de constater une sorte d'étranglement plus ou moins marqué au niveau de leur point d'implantation sur le tissu utérin ; tandis que la tumeur formée par l'hypertrophie simple d'une seule des lèvres du col se continue toujours par une large base avec le reste de l'utérus.

Mais vous le voyez, messieurs, ces signes sont assez peu marqués pour justifier la possibilité des erreurs de diagnostic que je vous signalais au commencement de cette Leçon en vous parlant des tumeurs qui peuvent se développer aux dépens des lèvres du col et être confondues avec l'élongation ou l'hypertrophie simple de cet organe. Une autre cause d'erreur, contre laquelle Huguier nous a appris à nous mettre en garde, est celle qui consisterait à prendre pour un col hypertrophié un de ces polypes fibreux, ayant une cavité ouverte à l'extérieur par un orifice semblable à celui du col de l'utérus (*fig.* 119). Les cas de cette nature sont extrêmement rares et, s'ils se présentaient à votre observation, vous les distingueriez comme l'a fait le savant chirurgien de l'hôpital Beaujon (1), en pratiquant un double cathétérisme.

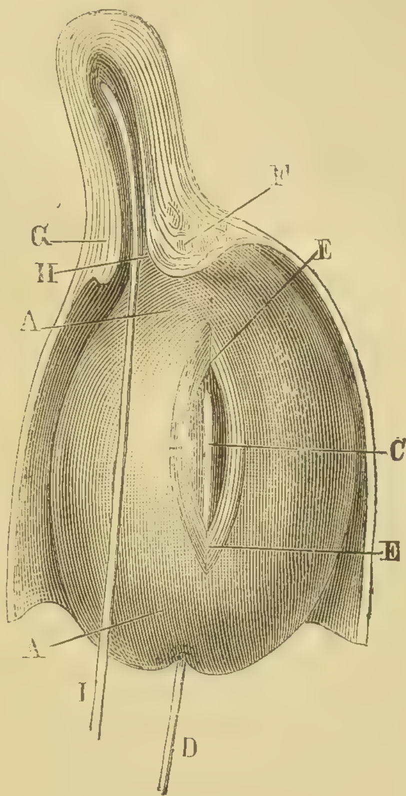


Fig. 119. — Polype creux (*)

(*) AA, polype creux développé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col, remplissant le vagin et offrant à son extrémité inférieure une ouverture B qui communique avec la cavité C contenue au centre du polype. — D. Hystéromètre introduit dans l'ouverture et la cavité du polype EE, ouverture artificielle pour montrer la cavité du polype. — F. Lèvre et paroi postérieure du col. — G. Lèvre antérieure du col. — H. Ouverture du col. — I. Hystéro-mètre introduit dans la cavité de la matrice.

(1) Huguier, de l'*Hystérométrie et du cathétérisme utérin*, 1865.

D'abord la sonde introduite dans l'orifice de la tumeur ne pénétrerait pas aussi profondément que dans les cas d'allongement du col utérin ; puis, au-dessus de son extrémité, vous sentiriez le corps de l'utérus; enfin, en cherchant bien autour de la tumeur, dans les replis formés par les culs-de-sac du vagin, vous trouveriez un second orifice, formé celui-là, par l'ouverture du col, et en y introduisant la sonde, vous vous assureriez qu'elle pénètre bien alors jusque dans le fond de la cavité utérine.

Le traitement de cette affection est tout chirurgical et d'une simplicité remarquable, il doit consister uniquement dans l'ablation ou la destruction de la partie hypertrophiée. — Autrefois, quand on croyait qu'il s'agissait d'un simple abaissement ou d'une procidence de l'utérus, on essayait de le relever et de le maintenir en place à l'aide de pessaires plus ou moins ingénieusement inventés. — Mais vous comprenez sans peine combien ces pessaires, dont l'utilité ne saurait être contestée dans les cas de simple procidence ou d'abaissement véritable de la matrice, sont défectueux et peuvent devenir gênants ou même nuisibles, lorsqu'il s'agit d'une hypertrophie avec élongation du col utérin. — Vous avez vu que le pessaire-anneau élastique, cependant si doux, si léger, si facile à supporter, que M. Dumontpallier avait appliqué à notre malade du n° 5, n'a pas pu être toléré, et lui a causé de si grandes souffrances qu'elle a dû l'enlever avant la fin de la première journée.

Nous avons, dans le lit voisin, au n° 4 de notre salle du Rosaire, une autre malade chez laquelle le pessaire à air, en forme de ballon, de Gariel, a été non

moins infructueusement essayé et a déterminé de véritables accidents de métrite qu'il nous a fallu combattre après avoir enlevé ce pessaire et avant de recourir à un traitement plus efficace. — Chez cette malade qui était en même temps affectée de rétroflexion l'application du pessaire-anneau en aluminium de Hodge a eu ceci de très remarquable qu'elle a favorisé très manifestement le travail morbide d'élongation du col, qui, maintenu par cet anneau, s'est insinué peu à peu dans son orifice comme à travers une sorte de filière.

Voici comment les choses se sont passées chez cette femme, qui a 30 ans et qui souffre depuis cinq ans environ. — Elle a été réglée à 15 ans, à la campagne, bien dès le début; mais, à 18 ans, elle a eu une métrorrhagie dont nous né pouvons trouver la cause que dans un état anémique qui aurait pu être la conséquence d'un certain degré de cachéxie paludéenne. Elle habitait un pays marécageux, et avait eu des fièvres intermittentes. Elle s'est mariée à 26 ans, et elle devint presque aussitôt enceinte; elle ne vit ses règles qu'une seule fois après son mariage. Sa grossesse ne dura que cinq mois, et se termina par l'expulsion d'un fœtus informe. La malformation du fœtus fut la seule cause de cet avortement. La malade se leva au bout d'une dizaine de jours, pour reprendre son travail ordinaire, qui était la culture des champs, où elle travaillait à la bêche. Bientôt elle éprouva de la douleur et de la pesanteur dans le bas ventre. Elle en vint à ne pouvoir supporter longtemps et sans fatigue la station debout, et, un jour, elle découvrit, en se livrant aux soins de sa toilette, qu'un corps dur et arrondi descendait dans

le vagin, jusques auprès de la vulve. Elle vivait alors éloignée de son mari qui travaillait à Paris. Elle vint le rejoindre quelques mois après son accouchement, et elle éprouva de la gêne et de la douleur pendant les rapprochements sexuels.

C'est alors, en 1875, qu'elle alla consulter et qu'on lui appliqua le pessaire Gariel. Elle en éprouva un soulagement passager pendant les premières semaines qui suivirent son application. — Mais il ne tarda pas à devenir gênant, difficile à supporter; il s'échappait même quand elle allait à la garde-robe. Cependant il fut porté pendant cinq mois, au bout desquels survinrent des métrorrhagies assez persistantes, et c'est alors que cette femme s'adressa à moi pour la première fois.

Je trouvai un col large, mou, entr'ouvert, à peine ulcéré. Il était le siège d'une sorte d'œdème. Le corps de l'utérus était lourd et placé en rétroflexion. — Mon premier soin fut de supprimer le pessaire et de prescrire l'usage de l'eau froide en bains de siège et en injections. Avant d'aller plus loin, nous eûmes à nous occuper d'une autre affection étrangère aux voies génitales, la malade avait un tænia dont il fallut la débarrasser. Cela fait, je songeai à redresser l'utérus et j'appliquai au mois de février 1876 un pessaire en aluminium de Hodge. Vous connaissez la forme particulière de ce pessaire, qui le rend particulièrement propre à maintenir un utérus rétrofléchi. La malade en éprouva quelque soulagement, mais il arriva ce fait curieux que je tiens à signaler particulièrement à votre attention : l'utérus, mou et gorgé de liquides, se moula pour ainsi dire sur le pessaire ; son col situé au milieu

de l'anneau finit par s'étirer en passant à travers cette espèce de filière. A partir de ce moment, l'allongement, qui avait été pour ainsi dire masqué par l'usage des instruments employés pour refouler le col, se reproduisit de nouveau, le pessaire de Hodge devint alors insuffisant, il fallut l'enlever et chercher un moyen plus efficace.

Le seul véritablement efficace est, je vous l'ai déjà dit, l'ablation ou la destruction de la portion exubérante du col. — Reste à savoir comment on doit y procéder.

La destruction pourrait être opérée par la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques chimiques; mais c'est un procédé extrêmement long et qui ne donne que des résultats presque insignifiants. — Je ne le conseille qu'aux malades qui reculent devant une opération plus radicale et plus prompte, et je n'en ai pas encore vu qui aient eu assez de résolution et de persévérance pour y avoir recours jusqu'à parfaite guérison.

L'ablation au contraire est simple, rapide, assez facile à exécuter et donne des résultats immédiats. — Ce n'est pas qu'elle n'ait ses inconvénients et ses dangers, qui vont du reste diminuant de jour en jour. — Autrefois on n'avait à sa disposition que les instruments tranchants, ciseaux ou bistouris, et l'on était exposé d'abord à des hémorrhagies; puis à d'autres complications plus ou moins immédiates, surtout lorsque, suivant l'exemple de Lisfranc, on exerçait des tractions énergiques sur le col de l'utérus, afin de l'attirer le plus possible hors de la vulve pour le couper plus aisément. Je n'hésite pas à attribuer à ces

tractions exercées sur les ligaments, sur le péritoine, et même sur les vaisseaux, la majeure partie des désastres qui ont signalé la pratique de Lisfranc, au point de vue de l'emputation du col de la matrice ; et j'estime que l'on peut en amoindrir singulièrement les dangers, même en se servant des instruments tranchants, si l'on a soin d'opérer sur place, sans attirer de force l'utérus hors de la vulve.

Mais, pour opérer ainsi, sur place, au fond du vagin et sans être obligé d'attirer l'utérus hors de la vulve, nous avons des instruments bien plus commodes que le bistouri et les ciseaux, ce sont les divers écraseurs. — La chaîne de Chasseignac est difficile à appliquer, et c'est dommage, car elle coupe infiniment mieux que le serre-nœud de Maisonneuve. — Ce dernier peut être placé avec la plus grande facilité autour du col utérin, aussi près que l'on voudra des insertions vaginales ; seulement, pour sectionner une masse aussi grosse de tissus fort résistants, il faut un temps très long, et un instrument très gros, avec un fil métallique d'un diamètre assez considérable. Et encore, si gros qu'on le choisisse, ce fil se rompt-il souvent au milieu de l'opération, qui est parfois assez douloureuse et dans le cours de laquelle il n'est pas rare de voir survenir, à titre de phénomènes réflexes, des nausées et même des vomissements.

On évite ces inconvénients en substituant à l'anse métallique simple, qui coupe seulement par constriction, l'anse rougie par un courant électrique qui, aussi facile à placer, coupe comme caustique, et vous permet de terminer en quelques secondes une opération qui avec les instruments écraseurs exigerait souvent

une heure et même plus. — C'est donc à l'anse galvano-caustique qu'il me paraît préférable d'avoir recours pour enlever la portion saillante du museau de tanche dans l'hypertrophie sous-vaginale du col de l'utérus. — C'est ce moyen que M. Labbé a employé chez notre malade du n° 5, qu'il a opérée devant vous. — Il lui a ainsi enlevé 2 centimètres et demi de son col utérin (*fig.* 120). Il n'y a eu aucune réaction inflammatoire. Au bout de huit jours, l'eschare était détachée et le col était revenu sur lui-même, présentant un orifice sur lequel on remarquait encore un petit bourgeon charnu (*fig.* 121), qui ne tarda pas à disparaître.



Fig. 120. — Portion du col de l'utérus, enlevée par l'anse galvano-caustique.

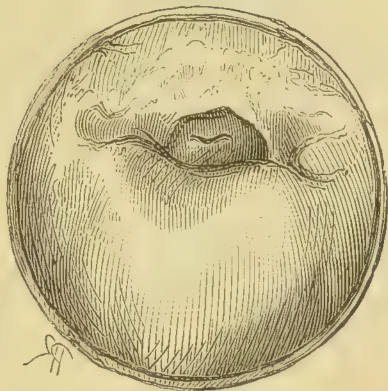


Fig. 121. — Aspect de l'utérus vu au spéculum après l'amputation.

Les choses s'étaient passées tout aussi simplement chez ma malade du n° 4, que j'avais opérée moi-même de la même manière un an auparavant (*fig.* 122, 123 et 124). — Je l'ai revue deux mois après son opération. Son col était alors dans l'état normal, avec deux lèvres un peu saillantes et bien distinctes l'une de l'autre, séparées par un orifice transversal comme cela existe toujours chez les femmes qui ont eu des enfants, et on ne voyait aucune cicatrice, aucune trace apparente de l'opération qu'elle avait subie. — Le corps de l'utérus était toujours

renversé en arrière comme avant l'opération. Ses règles



Fig. 122. — Portion du col utérin enlevée par l'anse galvano-caustique, vue par sa face antérieure (*).



Fig. 123. — La même vue par sa face postérieure pour montrer la surface de section de l'anse galvano-caustique (*).

étaient venues régulièrement. — Les fonctions génitales s'accomplissaient bien, quoique le coït fût encore un peu douloureux, mais infiniment moins qu'avant l'opération, car à cette époque il était presque intolérable. Alors survint une nouvelle grossesse qui débuta six mois environ après l'opération. Nous avons gardé la malade à l'hôpital pendant les derniers mois de cette grossesse qui s'est terminée très heureusement par un accouchement à terme, et c'est ce qui me permet de vous la



Fig. 124. — La même vue de profil (*).

(*) On voit sur ces trois figures une petite encoche produite sur le point où s'est opérée la jonction des deux chefs de l'anse galvano-caustique.

montrer actuellement. Le travail n'a duré que trois heures, depuis onze heures du soir jusqu'à deux heures du matin; l'effacement du col a été très rapide et très complet, si bien que l'interne de garde a eu grand'peine à le retrouver. — Il y a eu après l'accouchement une hémorrhagie assez abondante qui a débuté même avant l'expulsion du placenta et qui s'est renouvelée quelques heures plus tard; mais on a pu facilement l'arrêter; sauf cela, les suites de couches se sont assez bien passées et la malade a pu allaiter son enfant. — Aujourd'hui le col de l'utérus est petit, à peine saillant dans le vagin, un peu rouge, mais nous sommes encore très près de la parturition. — Le corps est toujours incliné en arrière.

Ce fait vous montre, messieurs, combien l'ablation de la partie proéminente de l'utérus est efficace dans les cas d'hypertrophie simple de la portion sous-vaginale de cet organe.

II. Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus.

L'allongement hypertrophique du col de l'utérus peut, vous ai-je dit, porter exclusivement sur la portion *sus-vaginale*, c'est-à-dire sur celle qui se trouve située au-dessus des insertions du vagin, en ce point si bien décrit par Bennet, sous le nom d'*isthme de l'utérus*, qui à l'intérieur correspond à l'orifice interne du col utérin, qui à l'extérieur reçoit les insertions de cet anneau fibreux que

nous avons appelé avec Aran l'*axe suspenseur de l'utérus* (1).

Cette lésion existait chez un certain nombre de femmes que vous avez pu observer avec moi dans cet hôpital. Elles se sont toutes présentées à nous avec des symptômes tellement identiques, qu'il me suffira de vous rapporter l'histoire détaillée de l'une d'elles, pour vous rappeler immédiatement chacune des autres. — Les unes n'ont fait que passer sous nos yeux, et sur leur refus de se soumettre à l'opération, qui seule pouvait les guérir, j'ai dû les renvoyer après avoir porté un diagnostic dont il m'a toujours été facile de vous démontrer la rigoureuse précision. Les autres, mieux inspirées, se sont complètement abandonnées à nos soins, et elles ont été débarrassées d'une infirmité gênante qui leur rendait la vie insupportable. — Elles sont au nombre de quatre et ont été opérées la première par M. Huguier, la seconde par M. Léon Labbé, la troisième par M. Pozzi, la quatrième par M. Polaillon, toutes avec le même succès.

Je prendrai pour type de la description qui va suivre la malade opérée par M. Huguier.

Cette femme, qui était alors âgée de 36 ans, et qui occupait le lit n° 31 de notre salle Sainte-Geneviève, avait entre les cuisses une tumeur pyriforme, du volume du poing, qui proéminait hors de la vulve, entre les grandes lèvres écartées. — Cette tumeur était recouverte sur toute sa surface extérieure par une muqueuse d'une coloration un peu rosée et dont la surface était rendue plus sèche et moins lisse qu'à l'état nor-

(1) Voy. p. 93.

mal, par suite de son contact incessant avec l'air extérieur. Elle présentait à son sommet tronqué, une fente transversale, qui n'était autre chose que l'orifice externe du col utérin, légèrement ulcéré dans son pourtour.

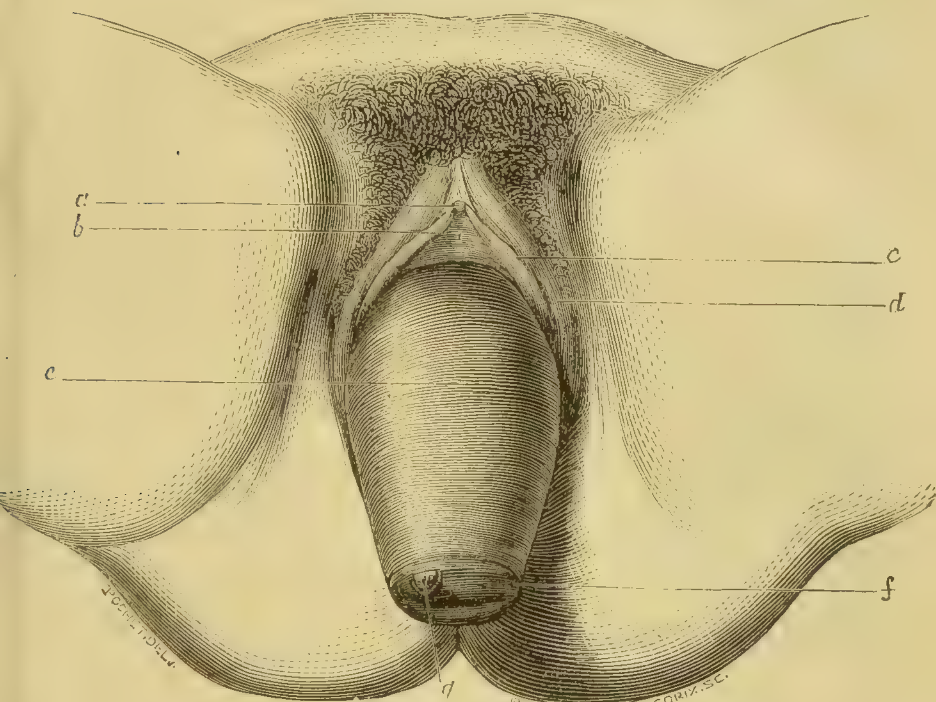


Fig. 125. — Prolapsus complet de l'utérus (*).

Son apparence extérieure, sa configuration et ses rapports étaient exactement ceux que les auteurs attribuent au prolapsus ou à la chute complète de la matrice (*fig.* 125), et ce n'est pas sans une certaine surprise

(*) *a*, le clitoris ; *b*, le méat urinaire ; *c*,*c*, nymphes ou petites lèvres ; *d*, grandes lèvres de la vulve ; *e*, la surface muqueuse du vagin desséchée ayant pris l'aspect de la peau. Ce canal, renversé complètement, contenait la totalité de l'utérus qui était d'un très petit volume ; *f*, petite tumeur pédiculée située à l'angle droit de l'orifice du museau de tanche ; *g*, l'épithélium du museau de tanche excorié laisse à nu la portion de muqueuse qui recouvre cette extrémité vaginale du col utérin (Boivin et Dugès, *Atlas*. pl. X, fig. 2).

que vous m'avez entendu formuler un autre diagnostic. Mais il m'a été facile de vous montrer que, si l'extrémité inférieure de l'utérus se trouvait bien comprise dans cette tumeur, entre une portion de la vessie et une portion du rectum, refoulées en même temps qu'elle hors de la vulve, le corps de la matrice n'avait pas suivi ce mouvement de descente, et était resté dans l'excavation pelvienne. — On le retrouvait, en effet, aussi bien par la palpation abdominale que par le toucher rectal, à la place qu'il doit occuper normalement derrière le pubis; et, lorsqu'on avait ainsi constaté sa présence, on sentait son extrémité inférieure se continuer avec une sorte de cylindre résistant, placé au centre de la tumeur, et se terminant à cet orifice ulcéré que je vous ai dit être celui du col. Si, par cet orifice, on introduisait un hystéromètre, on le voyait pénétrer, sans effort et sans rencontrer le moindre obstacle, jusqu'à une profondeur de plus de 13 centimètres, double de celle de l'utérus normal; ce qui témoignait à la fois, et de l'allongement de cet organe, et de la présence de sa portion supérieure ou de son corps, dans la cavité pelvienne; puisque, dans sa totalité, la tumeur pendante entre les cuisses ne formait pas hors de la vulve une saillie de plus de six centimètres.

Cet état d'allongement de l'utérus, avec procidence d'une portion de l'organe hors de la vulve, serait une affection extrêmement rare, s'il fallait s'en tenir aux descriptions dogmatiques des auteurs qui ont écrit avant l'année 1858, c'est-à-dire avant la publication du mémoire de Huguier *Sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus*. Mais si, au lieu de s'en tenir aux simples opinions doctrinales, on analyse les faits

épars dans la science, on en trouve des exemples beaucoup plus nombreux qu'on ne pourrait être tenté de le penser avant de s'être livré à cette recherche.

L'utérus, en s'allongeant, peut venir proéminer hors de la cavité vaginale dans deux conditions bien différentes :

D'abord lorsque l'hypertrophie porte sur sa portion sous-vaginale comme dans les cas dont nous nous sommes occupés précédemment.

Puis, lorsque comme cela avait lieu chez notre malade, en s'allongeant au point de venir franchir l'anneau vulvaire, le col utérin entraîne avec lui le vagin dont la cavité s'efface, et dont la muqueuse refoulée à l'extérieur forme l'enveloppe de la tumeur. Au centre de cette tumeur on trouve la portion du col située audessus des insertions vaginales — le corps de l'organe étant demeuré dans le bassin — et, avec cette portion du col, la vessie et le rectum, entraînés par les adhérences qui les rattachent tant à cet organe qu'au vagin.

C'est ce qui existait dans un fait rapporté par Saviard en 1693 ; le col de l'utérus était saillant de 6 pouces hors de la vulve, tandis que le corps se retrouvait à sa place habituelle, derrière le pubis. — Morgagni, en 1704, Hoin en 1649, ont vu des cas analogues ; Levret, qui rapporte le fait de Hoin, a dans deux autres cas constaté, sur le vivant, l'allongement de la cavité utérine en la mesurant avec une sonde de baleine qui pénétra jusqu'à une profondeur de 8 pouces. — Dance a vu trois exemples de cet allongement, et dans un, l'autopsie a montré que le col de l'utérus avait acquis 3 pouces de longueur. — Enfin Cloquet a pu-

blié en 1831 le dessin d'une pièce dans laquelle, le col de l'utérus étant allongé et saillant hors de la vulve, le corps était resté dans le bassin. Ces indications historiques ont été données avant moi par Huguier, qui loin de vouloir, comme on le lui a reproché à tort, s'attribuer le mérite de la découverte de cette maladie, s'est toujours efforcé, au contraire, de démontrer qu'il en existe de nombreuses descriptions éparses dans les annales de la science, mais qu'on n'avait pas su les interpréter avant lui, ni leur donner leur véritable signification.

Les tumeurs ainsi constituées ont presque toujours été confondues avec le prolapsus de l'utérus, et ce qu'il y a de très remarquable, c'est que M[me] Boivin et Dugès, qui avaient connaissance de tous ces faits, les citent comme des exemples de précipitation de l'utérus, sans songer le moins du monde qu'ils ont une signification tout opposée. Il est vrai que ces auteurs ont une préoccupation qui paraît absorber toute leur attention, c'est la nécessité de démontrer que la tumeur est bien formée par l'utérus et non pas seulement par le vagin ; aussi ne songent-ils pas à remarquer qu'il ne se présente pas un seul fait dans lequel l'utérus soit complètement précipité et contenu en totalité dans la tumeur.

Ils ont bien reconnu, et il ne leur était pas possible de faire autrement, que l'utérus s'allonge quand il est en état de prolapsus et que cet allongement affecte surtout son col. Mais cela ne suffisait pas, il fallait aller plus loin et se demander si cet allongement, qui existe toujours, ne serait pas la lésion primordiale, essentielle, tandis que le prolapsus, qu'on ne rencontre jamais,

ou presque jamais, ne serait qu'un accident exceptionnel.

C'est ce qu'a fait Huguier. Il a, pièces anatomiques en main, démontré que, dans l'immense majorité des cas où l'on trouve hors de la vulve une tumeur semblable à celle que présentait notre malade, il y a, non pas une *chute* ou *précipitation*, non pas un *prolapsus complet* de l'utérus, refoulé en totalité hors de l'abdomen, à travers l'orifice vulvaire, à la façon d'une hernie (*fig.* 126) ; mais bien un allongement de la portion sus-vaginale du col qui, s'étant hypertrophiée et ne pouvant se développer du côté de l'abdomen, vient faire saillie à travers l'ouverture vaginale, entraînant avec elle le vagin et les viscères voisins, qui lui adhèrent plus ou moins intimement (*fig.* 127).

Pour bien se rendre compte de la notion nouvelle introduite dans la science par ce savant observateur, il importe de se rappeler la définition classique de la *chute* ou *précipitation* de la matrice, du *prolapsus*, que tous les auteurs considéraient, avant lui, comme une maladie relativement fréquente et dont ils faisaient invariablement le dernier terme de l'abaissement, pour lequel ils admettaient trois degrés. Dans le premier degré, l'organe serait simplement abaissé; dans le second le museau de tanche se présenterait entre les grandes lèvres; dans le troisième enfin, non seulement le col utérin aurait franchi la vulve, pour faire saillie au dehors, mais le corps de la matrice aurait suivi son col dans ce mouvement de descente, et l'utérus *tout entier* pendrait entre les cuisses (*fig.* 126), au centre d'une tumeur contenant, avec lui, non seulement les ovaires et les trompes, plus une portion du rectum et

de la vessie, mais parfois même quelques anses intestinales (1).

Je ne sais si les auteurs qui ont considéré ce dernier état comme fréquent se sont parfaitement rendu compte de l'étendue des désordres anatomiques qui devraient avoir lieu pour qu'il pût se produire, et je crois qu'ils ont eu tort de ne pas suffisamment méditer ces sages

(1) Voici du reste quelques-unes de ces définitions, reproduites textuellement :

« Les mots *abaissement*, *descente* et *chute* ou *précipitation*, expriment trois degrés du même déplacement de la matrice, c'est-à-dire du déplacement de haut en bas, connu sous les noms de prolapsus et de procidence.

« L'*abaissement* peut aller jusqu'au contact de la portion vaginale du col avec le plancher périnéal. La *descente* est caractérisée par la présence du museau de tanche à la vulve. La *chute* ou *précipitation* suppose LA MATRICE HORS DU VAGIN, dépassant le détroit inférieur et même la vulve et pendant, plus ou moins bas, entre les cuisses. » (Courty.)

« Dans le simple *abaissement*, l'utérus occupe dans l'intérieur de la cavité du bassin une position plus basse qu'à l'état normal, sans toutefois arriver jusqu'à la vulve, tandis que dans les chutes de matrice CET ORGANE DÉPASSE LA VULVE EN TOTALITÉ OU EN PARTIE; dans le premier cas, on dit *la chute complète;* dans le second, elle est *incomplète.* » (Scanzoni.)

Il y a « prolapsus incomplet quand, bien qu'abaissé, l'organe est encore dans le vagin ; — complet quand il est *tout à fait en dehors du vagin.* » (Churchill.)

« 3e degré. — *Chute* ou *précipitation, prolapsus complet :* Ici le viscère a franchi la vulve ; il pend entre les cuisses, recouvert par le vagin tout à fait retourné et *contenant non seulement la matrice avec ses annexes*, mais encore la vessie, une partie du rectum et quelqu'autre portion d'intestin. *C'est ce qu'ont parfaitement démontré les ouvertures des cadavres.* » (Me Boivin et Dugès.)

« Cette tumeur, qui pend quelquefois jusque par delà le milieu des cuisses, permet en certains cas de sentir que *la matrice n'a pas plus de volume qu'à l'ordinaire;* elle ne forme que le sommet, la partie la plus inférieure de cette proéminence, dont la base renferme les intestins. » (Boivin et Dugès.)

paroles de Verduc : « *Si vous y prenez garde, vous verrez bien qu'il est impossible que la matrice puisse descendre pour passer les lèvres externes*; *elle est trop bien environnée, et pour ainsi dire soutenue de tous côtés par les parties qui l'avoisinent, pour s'en détacher et pour tomber au dehors* (1). »

La force de résistance à vaincre a été calculée par MM. Bastien et Legendre (2) qui — sur le cadavre et alors que tous les ligaments, dont vous connaissez la structure musculaire, ont perdu leur force véritable, — ont dû exercer une traction de 20 à 25 kilogrammes pour abaisser le col de l'utérus jusqu'à la vulve, et de 50 kilogrammes pour lui faire franchir cet orifice. Imaginez quelle puissance peut, pendant la vie, équivaloir à une force pareille et vous comprendrez combien doit être rare la précipitation de l'utérus. Je ne dis pas, comme Verduc, qu'elle soit absolument impossible, car M. Huguier en a observé 2 cas en 15 ans, à côté de 62 cas d'allongement hypertrophique du col; M. Gaillard, de Poitiers, en a publié un très remarquable exemple, il y a quelques années (3); M. Alphonse Guérin en a rapporté une observation fort démonstrative (4), et enfin vous pourrez voir cette lésion sur une pièce anatomique du musée Dupuytren, portant le n° 348. Il est vrai que dans ce dernier cas le prolapsus n'est pas simple et qu'il paraît avoir été occasionné par la pression qu'un énorme calcul, contenu dans la

(1) Verduc, *Pathologie de chirurgie*, nouvelle édition. Paris, 1727, t. II, p. 556

(2) Bastien et Le Gendre, *Communication à la Société de chirurgie*, avril 1859.

(3) Gaillard (de Poitiers), *Gazette médicale de Paris*, 1860.

(4) Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux internes*.

vessie, exerçait sur l'utérus. En tout cas, et c'est ce que

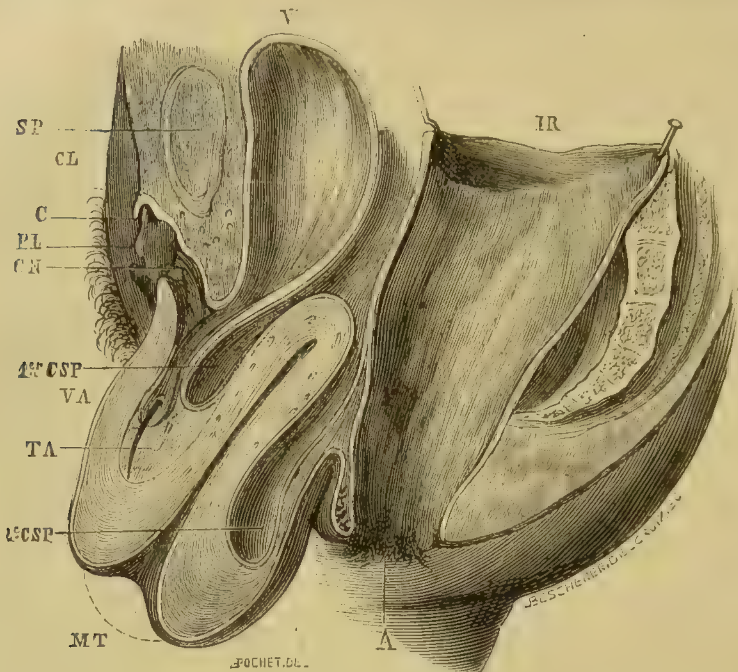


Fig. 126. — Coupe antéro-postérieure du bassin dans un cas de prolapsus vrai de l'utérus (*).

(*) En procédant d'avant en arrière, on trouve : 1° paroi antérieure du vagin VA ; 2° coupe du canal de l'urèthre, dont on peut parfaitement apprécier la direction oblique de haut en bas, la concavité légère en bas, tandis que dans l'état naturel sa concavité est dirigée en haut et sa direction oblique de bas en haut ; 3° la portion de vessie déplacée, et sa continuité avec la portion de vessie restée en place, et qui elle-même a acquis une grande capacité. On voit manifestement par la présence des orifices des uretères que la partie déplacée est le bas-fond de la vessie. Il ne pouvait pas en être autrement, puisque c'est ce bas-fond qui adhère fortement à la face antérieure du vagin, adhésion d'autant mieux intime d'ailleurs qu'on s'éloigne davantage du canal de l'urèthre ; 4° derrière la vessie est le premier cul-de-sac péritonéal 1er CSP ; 5° derrière ce cul-de-sac, la coupe de l'utérus, dont le diamètre vertical est notablement augmenté, dont l'extrémité inférieure présente un renflement considérable, et dont la cavité forme un canal étroit et régulier ; 6° derrière l'utérus TA, le deuxième cul-de-sac péritonéal 2e CSP, le péritoine revêtant le cul-de-sac formé par l'utérus et par la paroi postérieure du vagin ; 7° derrière la tumeur formée par le vagin renversé, se voit la coupe d'une espèce de rigole profonde formée par la paroi postérieure du vagin qui s'est déplacée dans toute sa hauteur, la paroi postérieure a résisté dans toute sa partie inférieure et conserve les rapports qu'elle affecte avec le rectum ; 8° enfin, la cavité du rectum, qui n'a nullement participé au déplacement. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1835-1842, XXVIe livr., pl. IV, fig. 2.)

vous ne devez pas oublier, la chute de l'utérus (*fig.* 126)

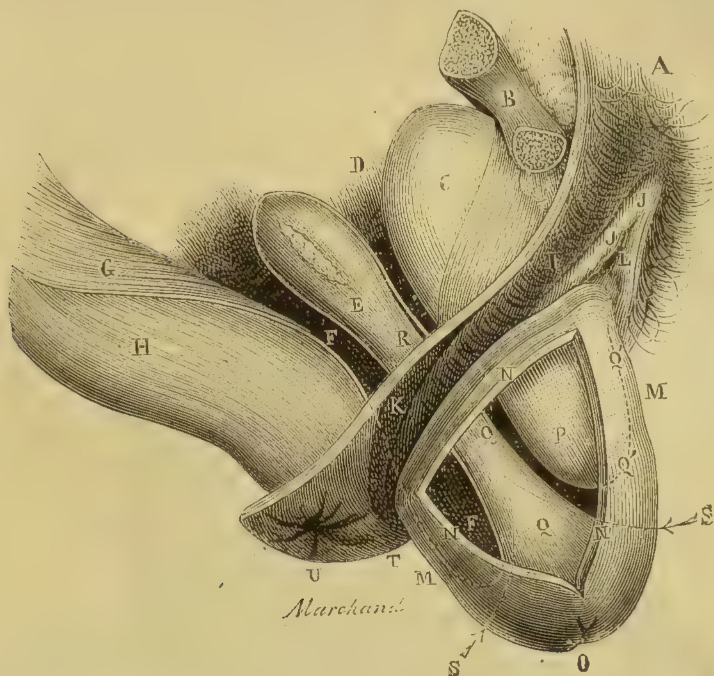


Fig. 127. — Coupe antéro-postérieure du bassin dans un cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus (*).

(*) Les organes sont disséqués ; la paroi latérale droite du vagin renversé est enlevée, afin de montrer les parties qui entrent dans la composition de la tumeur sous-vulvaire, ainsi que les rapports de ces parties entre elles ; A, mont de Vénus ; B, portion droite de la symphise pubienne sciée et enlevée au niveau du trou obturateur ; C, portion supérieure et rétro-pubienne de la vessie ; D, cul-de-sac péritonéal antérieur s'arrêtant au-dessous et au niveau des parties molles qui ont été conservées ; grande lèvre droite I ; place du pli génito-crural K ; E, corps de l'utérus vu par son bord droit. Les annexes correspondantes sont enlevées afin de ne pas compliquer la pièce ; FF, cul-de-sac péritonéal postérieur, se prolongeant jusqu'à 2 centimètres et demi du museau de tanche ; G, lame péritonéale à plis longitudinaux, et qui est la continuation du feuillet postérieur du cul-de-sac péritonéal postérieur ; H, rectum.

Organes génitaux externes, composition de la tumeur : I, grande lèvre droite ; JJ, nymphe droite et sommet du clitoris ; K, pli génito-crural ; L, méat urinaire ; MM, paroi vaginale antérieure et postérieure ; NNN, tranche de la coupe faite pour enlever la paroi latérale droite du vagin ; O, orifice à direction transversale du museau de tanche ; P, bas-fond de la vessie faisant hernie dans la tumeur ; QQ, portion sus-vaginale du col de l'utérus, allongée et hypertrophiée ; Q'Q', la ligne courbe ponctuée que représente, sous la paroi antérieure du vagin, la partie herniée de la vessie ; R, portion sus-vaginale du corps de l'utérus, allongée et hypertrophiée ; SS, les deux lignes ponctuées qui montrent le trajet que parcourt l'instrument tranchant dans l'amputation de la portion sus-vaginale du col ; T, perinée ; U, orifice anal. (Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, 1860.)

est une maladie rare et presque exceptionnelle; aussi, lorsque vous rencontrez une tumeur dont la configuration vous rappelle celle qui a été décrite comme se rapportant à cette affection, vous devez songer bien plutôt à un allongement hypertrophique du col de l'utérus (*fig.* 127), car cette lésion est infiniment plus fréquente.

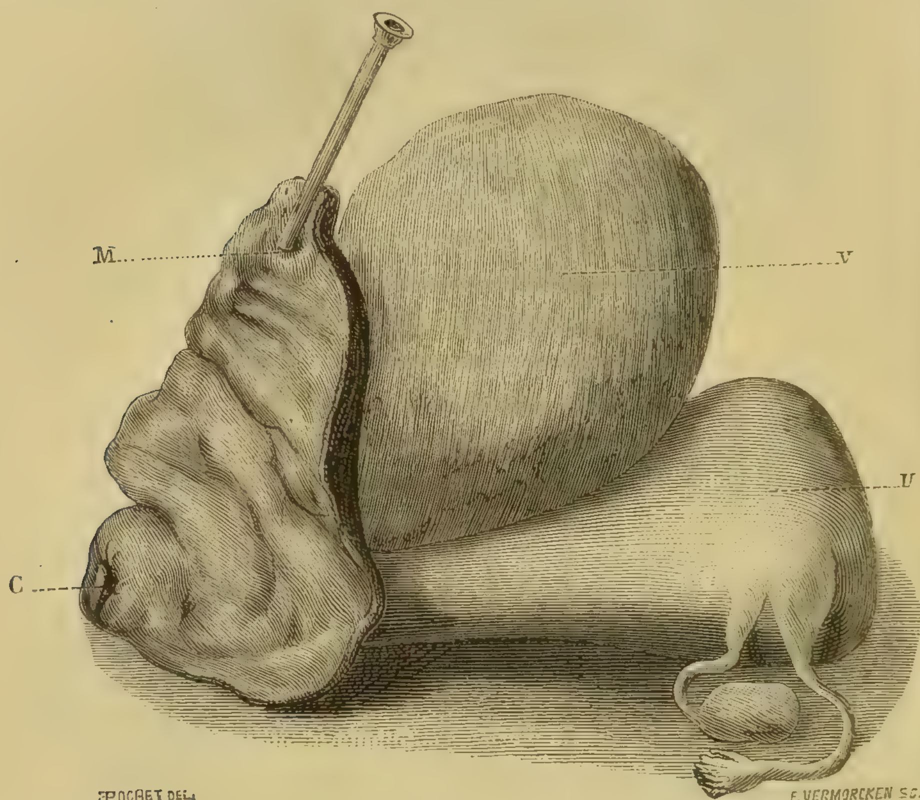


Fig. 128. — Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Rapports avec la vessie et le vagin (*).

Je vous ai dit que dans l'allongement de l'utérus qui permet au col de faire saillie hors de la vulve, en

(*) V. Vessie; M, orifice de l'urèthre avec une sonde introduite dans son ouverture pour montrer la direction de l'urèthre, ainsi que la portion de vessie entraînée au dehors, et située dans la partie antérieure de la tumeur; C, orifice externe du col; U, corps de l'utérus. (Dessin d'après nature, par M. Rosapelly.)

refoulant le vagin et en entraînant la vessie et le rectum, c'est la portion sus-vaginale du col qui est surtout intéressée. L'examen externe des tumeurs suffirait pour permettre de constater qu'en effet la portion sous-

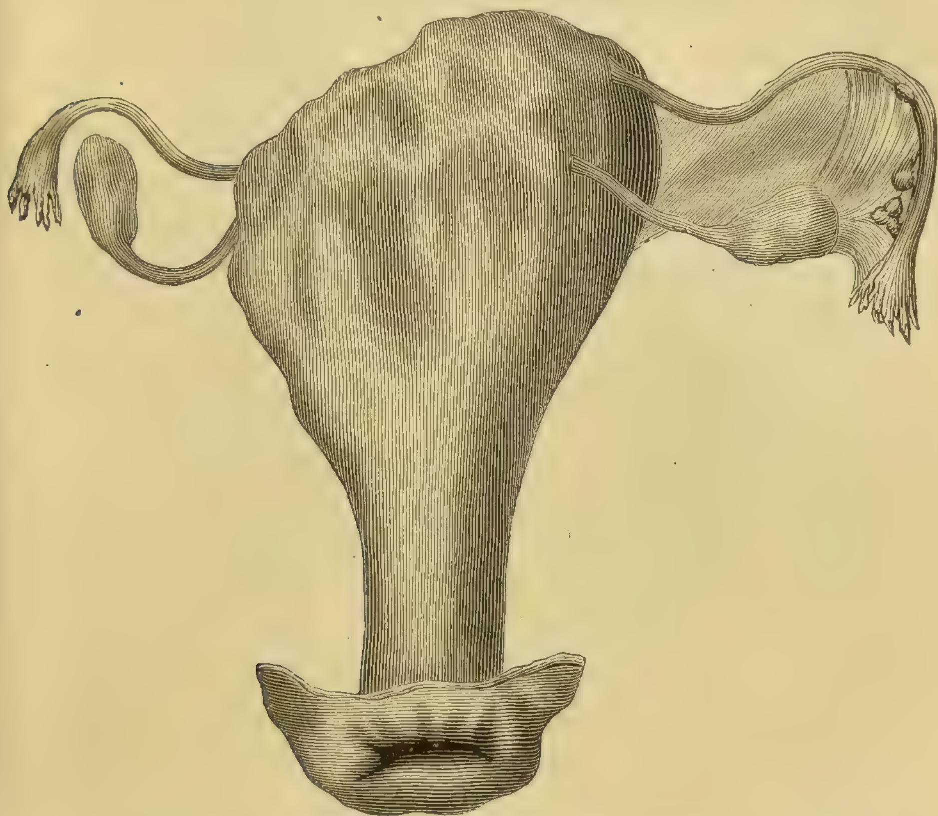


Fig. 129. — Allongement hypertrophique du col (l'utérus a été séparé des organes voisins) (*).

vaginale, le museau de tanche, ne participe pas à cet allongement et que tout le travail morbide se passe au-dessus de lui, puisqu'on voit le vagin s'insérer, sur tout son pourtour, à la même hauteur qu'à l'état normal. Pour voir l'état des parties supérieurement situées,

(*) Même pièce que celle de la figure précédente. (Dessinée d'après nature, par M. Rosapelly.

il faut une dissection anatomique, et j'ai justement, dans ma collection, une pièce dont l'étude vous permettra d'acquérir des notions aussi exactes que possible sur l'altération morbide qui nous occupe. Cette pièce a été recueillie sur une femme âgée, morte dans mon service, en 1865, d'une phlegmasie pulmonaire et qui avait présenté une tumeur identique à tous égards avec celle de notre malade du n° 31. Vous voyez sur cette pièce la portion de vagin retournée en dehors, qui a suivi le col (*fig.* 128) et qui formait l'enveloppe externe de la tumeur, tandis que le corps était resté dans le bassin, y affectant sa position normale et remontant aussi haut que le fond de la vessie, dont toute la face postérieure adhère à la portion sus-vaginale du col, considérablement allongée. Une dissection plus complète vous montre (*fig.* 129) que l'allongement porte bien exclusivement sur cette portion ; celle qui est au-dessous de l'insertion du vagin sur le col n'ayant que ses dimensions normales. Vous remarquerez cependant que, si inférieurement l'insertion du vagin sur le col se fait au niveau habituel, supérieurement elle remonte notablement plus haut, de telle sorte qu'au lieu d'être limitée sur une étendue verticale d'un centimètre, cette insertion se prolonge sur une hauteur de plus de deux centimètres. Remarquez que si vous ouvrez l'abdomen d'une femme dont l'utérus paraît être ainsi en état de précipitation par suite de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale de son col vous retrouvez le corps de la matrice à sa place habituelle dans la cavité pelvienne (*fig.* 130).

Il me resterait maintenant à vous dire comment se produit cet allongement. Mais il est assez difficile

d'expliquer d'une manière précise le mécanisme de sa formation. — Nous savons seulement qu'il survient

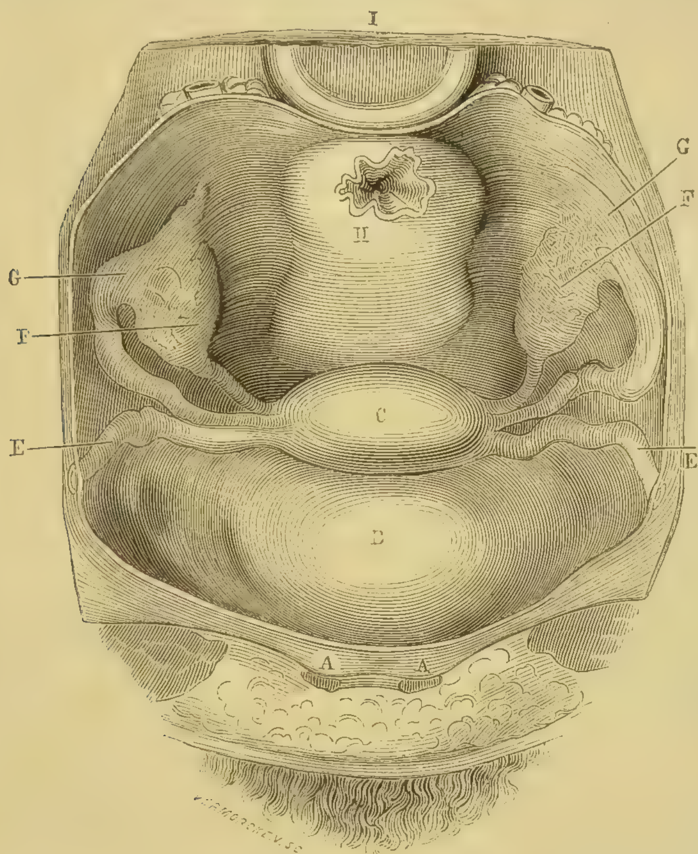


Fig. 130. — Allongement hypertrophique de l'utérus. — Chute du col. — Renversement complet du vagin pris pour une précipitation de la totalité de l'organe gestateur (*).

de préférence chez les femmes qui éprouvent des fatigues, chez celles qui restent longtemps debout, chez les blanchisseuses par exemple, et par-dessus tout chez

(*) Cette figure montre la situation du corps de l'utérus, et ses rapports avec les parties voisines au niveau du détroit supérieur du petit bassin. Le grand bassin a été enlevé à l'aide de traits de scie. A, bord supérieur de la symphyse des pubis; B, sommet de la vessie; C, fond de l'utérus placé presqu'au niveau de la symphyse des pubis; EE, les ligaments ronds; FF, les ovaires; GG, les trompes et leur pavillon; H, rectum; I, surface articulaire de la base du sacrum. (Huguier, *Mémoires sur les allong.*, etc.)

les femmes qui ont eu des enfants. Sur 64 observations qu'il a recueillies, Huguier n'a trouvé que quatre femmes n'ayant pas eu d'enfants, tandis que 44 en avaient eu plus de 2; sur 114 cas relatés par de Scanzoni, on compte 99 femmes ayant été mères. Notre malade est dans les conditions dont nous venons de parler, elle est blanchisseuse, elle a eu trois accouchements dont deux, le premier et le dernier, sans complications; mais, lors du second, qui remonte à six ans, on fut obligé de faire la version, et il survint ensuite un abcès de la fosse iliaque qui fut ouvert dans le service de Grisolle. C'est entre cette seconde grossesse et la suivante que la malade place le début des accidents qu'elle a éprouvés et qu'elle a vus s'aggraver surtout depuis son dernier accouchement. Ces deux causes, accouchements nombreux, suivis de fatigues résultant de l'exercice d'une profession qui nécessite des efforts incessants, sont les seules auxquelles nous puissions raisonnablement attribuer quelque valeur dans la production de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, et, après avoir indiqué ces deux causes, la sagesse nous commanderait peut-être de nous abstenir de nous lancer plus avant dans le champ des explications théoriques.

Cependant, on s'est demandé pourquoi, lorsqu'agissent les influences morbides dont je viens de parler, l'hypertrophie utérine qui se produit, affecte de préférence la portion sus-vaginale du col, plutôt que la portion sous-vaginale, ou que le corps même de la matrice. A cela on pourrait répondre que le corps lui-même a toujours été trouvé augmenté de volume, mais comme cette augmentation se fait dans une proportion

toujours infiniment moindre que celle du col, la raison par suite de laquelle ce dernier est plus spécialement affecté reste toujours à déterminer. Huguier a cru la trouver dans ce fait que le col et le corps de l'utérus se développent pendant la vie embryonnaire, dans un état d'indépendance ou même d'antagonisme tel qu'ils peuvent être, avec quelque raison, considérés comme deux organes tout à fait distincts, susceptibles de subir isolément une influence morbide sans se la transmettre forcément. C'est ainsi, par exemple, que l'inflammation de la muqueuse s'arrête fort souvent au niveau de l'isthme, qu'elle ait débuté par le corps ou par le col et se limite à la cavité dans laquelle elle a pris naissance, sans se propager jusqu'à la cavité voisine. Cela étant, Huguier a constaté, avec beaucoup de justesse, que dans les accouchements pénibles et laborieux, dans ceux qui nécessitent une opération, ou même une simple manœuvre obstétricale, c'est toujours la partie supérieure du col qui supporte les pressions les plus longues et les plus douloureuses. C'est elle qui est heurtée, froissée, contuse, tant par la tête de l'enfant que par la main de l'accoucheur ou par les instruments introduits dans la cavité utérine ; il n'est donc pas surprenant que cette partie, ainsi maltraitée, soit moins apte que les autres à opérer le travail d'involution rétrograde, par suite duquel l'utérus est, après l'accouchement, ramené à ses dimensions primitives.

Il se pourrait même qu'un travail phlegmasique, succédant aux irritations traumatiques dont il vient d'être parlé surajoutât son action pour favoriser l'hypertrophie du col de l'utérus. Mais s'il en était ainsi, cette hyperthrophie viendrait, comme toutes les autres dont

nous nous sommes occupé précédemment, prendre sa place au milieu des altérations qui dépendent de la métrite chronique. J'avoue que je n'oserais pas me permettre de pousser aussi loin les conclusions que l'on serait cependant logiquement conduit à déduire de cette prémisse, et cependant je n'ai pu résister à la tentation de vous laisser entrevoir jusqu'où nous pourrions aller, en partant d'une semblable donnée.

Mais je m'arrête sur ce terrain trop glissant et, pour vous montrer que je ne tiens pas absolument à faire partout et toujours de l'inflammation à tout prix, je vous demande la permission de vous signaler une autre cause physiologique de la production de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col utérin, dont on aurait peut-être tort de ne pas tenir suffisamment compte. Le vagin sert, comme vous le savez, de support à l'utérus ; c'est une sorte de ligament contractile qui le soutient à sa partie inférieure. Or, chez les femmes qui ont eu des enfants, à la suite d'accouchements laborieux, lorsque ce vagin a été largement dilaté, non seulement il n'exercera plus son office de support, mais si la femme se lève trop tôt après l'accouchement, si elle reste longtemps debout, si elle fait des efforts pour soulever des fardeaux comme le font les blanchisseuses, alors il tendra lui-même à s'échapper à travers la vulve béante; et, attirant de tout son poids l'utérus à l'extrémité inférieure duquel il est attaché, il l'entraînera avec lui au dehors. Sous l'influence de cette traction prolongée, exercée par le vagin privé de ressort et de soutien, on verrait se produire d'abord un abaissement, puis une chute véritable, si la matrice n'était pas fixée solidement par

les ligaments qui la retiennent supérieurement et qui, tous, s'insèrent au-dessous de son corps, à la partie supérieure de la portion vaginale. Il y a donc deux forces qui agissent en sens contraire, l'une appliquée à la partie supérieure de la portion sus-vaginale, maintenant cette portion fixe et immobile dans l'excavation pelvienne; l'autre, appliquée à la partie inférieure, tendant à l'attirer en bas et à la faire sortir hors de la vulve entr'ouverte. Sous cette double influence, l'espace intermédiaire, c'est-à-dire, en définitive toute la portion sus-vaginale du col s'allonge et, en s'allongeant, elle s'hypertrophie.

Les symptômes de l'affection qui est la conséquence de cet allongement sont ceux que l'on a attribués à la chute de la matrice. Le plus important est la tumeur pendante à la vulve, dont la longueur peut aller jusqu'à 12 ou 15 centimètres. — Elle est recouverte par le vagin, retourné à la façon d'un doigt de gant et dont la muqueuse ne tarde pas à prendre un certain degré de rugosité et de sécheresse, en perdant une partie des caractères distinctifs des muqueuses pour revêtir ceux de la surface cutanée, du moment où elle est, comme cette dernière, en contact incessant avec l'air ambiant et avec les vêtements. A mesure que le col se rapproche de la vulve, il refoule avec lui le vagin qui se retourne pour le suivre et il en résulte que la cavité vaginale s'efface peu à peu, pour être complètement supprimée à un moment donné. — Il arrive même ceci, c'est que la paroi vaginale antérieure, étant plus courte que la postérieure, la cavité vaginale est depuis longtemps tout à fait effacée en avant alors qu'elle persiste encore en arrière dans une

certaine étendue. — Par suite de cette circonstance, la vessie est plus souvent entraînée au dehors que le

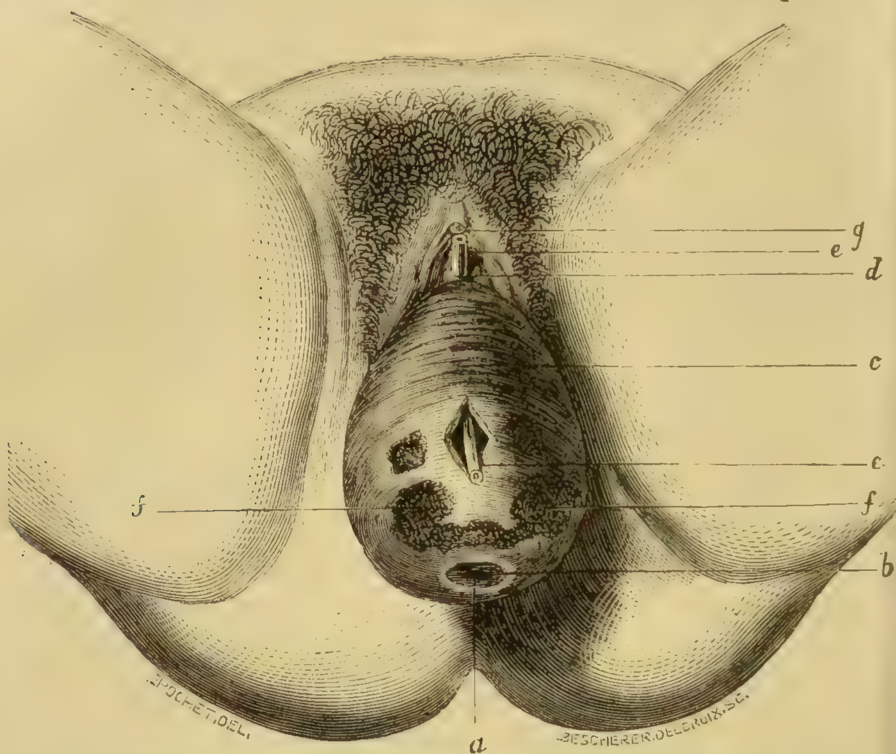


Fig. 131. — Situation de la vessie et direction de l'urèthre dans la tumeur formée par l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus (*).

rectum ; on la trouve toujours à la partie antérieure de la tumeur, tandis que le prolapsus du rectum ne

(*) Ce dessin a été pris par Mme Boivin et Dugès sur une femme vivante, de 60 ans, qu'ils ont cru être affectée de prolapsus complet de l'utérus, mais qui n'avait en réalité rien autre chose qu'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, avec renversement du vagin et du fond de la vessie. — *a*, orifice utérin, ou utéro-vaginal ; *b*, partie supérieure du vagin devenue inférieure ; *c*, face muqueuse du vagin ; *d*, méat urinaire ; *e*, *e*, un stylet est passé de haut en bas dans le col de la vessie, et une ouverture idéale est pratiquée à la paroi du vagin correspondant à la vessie pour faire voir le renversement de l'organe. — La femme urinait en comprimant la tumeur, l'urine remontait par le méat urinaire *d* ; mais il restait toujours un peu d'urine dans la vessie ; *f*, *f*, ulcérations déterminées par l'écoulement de l'urine sur cette portion renversée du vagin ; *g*, le clitoris. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. X, fig. 1.)

se rencontre, à la partie postérieure, que dans un tiers des cas. Lorsqu'il existe, on peut voir les matières fécales s'accumuler dans ce prolongement, de même que l'urine s'amasse dans le diverticulum de la vessie, qui se trouve à la partie antérieure et la distension de chacun de ces deux réservoirs produit, dans les points auxquels ils correspondent, une saillie qui se détache au-dessus de l'insertion du vagin sur le col et rend plus appréciables à la vue les limites supérieures du museau de tanche. Le doigt introduit dans le rectum peut, en se recourbant, venir faire saillie dans la tumeur et être senti justement au-dessous des insertions vaginales. — Le même effet est produit par une sonde introduite dans la vessie et dont le bec vient saillir jusqu'à la limite supérieure de la lèvre antérieure du museau de tanche.

L'introduction de la sonde dans la vessie est rendue difficile par les rapports nouveaux et la direction qu'affectent le méat urinaire et l'urèthre (*fig.* 131). — Au-dessus de la saillie formée à la partie antérieure de la tumeur, saillie que l'on peut faire disparaître en partie par la compression qui déplace le liquide contenu dans la vessie, on voit l'orifice du méat urinaire fortement porté en haut et comme caché sous le clitoris, qui paraît s'être abaissé sur lui pour le recouvrir à la façon d'une sorte d'opercule. — Lorsqu'on introduit la sonde dans cet orifice en poussant son bec sous le pubis, suivant la direction normale de l'urèthre, on est immédiatement arrêté, et, pour la faire pénétrer, il faut porter fortement le pavillon en haut de façon à ce que le bec se dirige vers la partie inférieure de la tumeur.

Par suite de la participation du rectum et de la ves-

sie à la composition de la tumeur due à l'allongement hypertrophique du col, la miction et la défécation se trouvent être gênées au point que la malade est souvent obligée de soulever cette tumeur en sens opposé, suivant qu'elle veut aider à l'évacuation des matières contenues dans l'un ou l'autre de ces réservoirs. La miction est surtout plus particulièrement troublée en raison du changement important imprimé à la direction du canal de l'urèthre. Les besoins d'uriner sont fréquents, et l'urine ne coule qu'en bavant et en souillant les parties saillantes hors de la vulve, ce qui donne lieu à la production d'ulcérations qui s'observent et sur la muqueuse vaginale retournée, et sur le museau de tanche lui-même (*fig.* 125 et 131). Quant à ce dernier, il est extrêmement rare qu'il soit intact et l'on voit le plus souvent sourdre par son orifice des mucosités glaireuses ou muco-purulentes. Cependant il est rare que l'ulcération pénètre profondément jusque dans la cavité cervicale de l'utérus. Je n'ai vu ce prolongement se faire que dans un seul cas, où le médecin qui m'avait adressé la malade avait conçu, à ce propos, des craintes que j'ai partagées, relativement à la possibilité d'une complication cancéreuse qui, fort heureusement, n'existait pas, comme la suite l'a prouvé. Les malades éprouvent aussi une sensation continue de pesanteur au périnée, des douleurs, des tiraillements dans la région lombo-sacrée, parfois à l'hypogastre et aux aines.

Les fonctions des organes de la génération sont généralement troublées; les règles sont souvent plus fréquentes et plus abondantes, cependant chez notre malade elles étaient régulières; souvent aussi il survient des hémorrhagies et presque toujours de la leucorrhée.

La stérilité est très fréquente, bien que cependant la copulation soit possible après la réduction de la tumeur. Notre malade en effet faisait rentrer sa tumeur et pouvait pratiquer le coït, mais elle n'éprouvait aucune sensation voluptueuse. On a cité un cas dans lequel le coït a pu être pratiqué directement dans l'utérus, à travers l'orifice du col dilaté. Lorsque la conception a lieu, la marche de la grossesse est plus ou moins modifiée, et il survient dans son cours des perturbations dont l'étude détaillée nous entraînerait au delà des limites que je veux donner à cette Leçon.

La palpation de la tumeur permet de constater des signes importants, que je vous ai déjà en partie indiqués; c'est d'abord la mollesse des parties antérieure et postérieure plus saillantes qui correspondent à la cystocèle et à la rectocèle; puis, la dureté relative ou du moins la résistance plus grande, comme fibreuse, d'un cylindre central, qui se continue inférieurement avec le col et se prolonge supérieurement dans le bassin, en s'enfonçant entre les grandes lèvres, au-dessous du pubis. On le sent très bien en comprimant la tumeur entre le pouce et l'index, et, si on le suit par le toucher rectal, on remonte jusqu'au corps de l'utérus, qui se continue avec lui et que l'on retrouve dans l'excavation pelvienne. Quelquefois le toucher vaginal peut être pratiqué à la partie postérieure, lorsque toute la paroi correspondante n'a pas été encore refoulée hors de la vulve; mais le doigt est aussitôt arrêté dans un cul-de-sac, et c'est au toucher rectal qu'il faut recourir si l'on veut se rendre bien compte de la place qu'occupe le corps utérin. Ces signes sont, avec les renseignements fournis par le cathétérisme, les éléments essentiels du diagnostic

différentiel, on les complète par les résultats que donnent les tentatives de réduction. Lorsqu'on cherche à faire rentrer l'utérus dans le bassin, en le comprimant doucement entre les doigts, et le repoussant, comme on fait pour réduire une hernie, on parvient bien à faire remonter son extrémité inférieure au-dessus de la vulve, mais on sent que ce mouvement ne se fait qu'à une condition, c'est que l'organe se replie sur lui-même. Cela est si vrai que, chez notre malade, après une réduction ainsi opérée, il m'a suffi d'aller décrocher, avec le doigt, l'extrémité inférieure du col, repliée en arrière, pour la voir se détendre à la façon d'un ressort et venir immédiatement apparaître hors de la vulve, sans que la malade, maintenue dans le décubitus horizontal, fît aucun effort pour la repousser.

On ne confondera pas l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col avec celui de la portion sous-vaginale parce que, dans ce dernier, il n'y a pas de refoulement de la vessie ni du rectum, pas même du vagin, dont la cavité est conservée; ce qui peut être facilement constaté par le toucher, le doigt contournant la tumeur utérine dans tout son pourtour.

Le même signe permettra de distinguer la tumeur qui nous occupe de celle qui peut être formée par un polype, alors même que l'on rencontrerait, comme cela arrive dans quelques cas très rares, un orifice sur la partie inférieure du polype, simulant l'orifice du col (1).

L'absence d'ouverture à la partie inférieure de la tumeur, sa consistance mollasse dans le prolapsus des parois vaginales, même compliqué de cystocèle ou de rectocèle, et la persistance de la cavité vaginale que le toucher

(1) Voyez *fig.* 119, p. 770.

permettra de reconnaître, sont des signes suffisants pour empêcher de les confondre avec l'allongement du col.

Je ne parle pas des tumeurs vulvaires (végétations, esthiomène, hypertrophie des grandes lèvres) dont la confusion avec la tumeur utérine constituerait une erreur trop grossière pour qu'il soit permis de la regarder comme possible.

Quant à la distinction à établir entre l'allongement hypertrophique et la véritable chute ou précipitation de la matrice, elle est basée tout entière sur ce seul fait, que, dans le premier cas, le corps de l'utérus est resté dans le bassin, tandis que dans le second il est compris dans la tumeur; dans ce dernier cas, si l'on presse entre les doigts la tumeur au point par lequel elle se rattache à la vulve, au-dessous du pubis, on sent là une dépression, un vide qui permet aux doigts explorateurs de venir en quelque sorte au contact l'un de l'autre, n'étant plus séparés que par des parties molles, tandis qu'au-dessous on sent la saillie et la résistance formées par le corps de l'utérus. Huguier a indiqué, avec une grande richesse de détails, la série des explorations qui, combinant toutes les variétés du palper, en y comprenant même le toucher rectal, avec le cathétérisme de la vessie, permettent de constater le vide laissé entre le rectum et la vessie par le corps de l'utérus chassé hors du bassin, dans les cas de précipitation véritable, vide qui ne se retrouve pas dans l'allongement hypertrophique (*fig.* 126 et 127). C'est parce que toutes ces explorations ont été faites avec le plus grand soin par M. le D[r] Gaillard, de Poitiers, et par M. Alph. Guérin, dans les cas qu'ils ont rapportés, et parce que la cavité utérine des sujets qu'ils ont observés ne mesurait pas plus

de 6 à 8 centimètres, qu'il n'est pas douteux qu'il y ait eu dans ces cas une chute complète de la matrice. Tandis que les 41 observations publiées sous le même titre par Baker-Brown (1), manquant de toutes ces garanties, me paraissent n'avoir aucune valeur scientifique.

La marche de la maladie est incessante, la tumeur tend plutôt à s'accroître qu'à rester stationnaire, et dans aucun cas on ne l'a vue diminuer spontanément de volume. Notre malade a parfaitement constaté son accroissement graduel, depuis le jour où elle l'a vue apparaître pour la première fois, jusqu'à celui où elle est venue nous demander de l'en débarrasser. La gêne qu'elle lui imposait, tant par son volume que par les tiraillements, les douleurs, l'anéantissement des forces, était assez insupportable pour que cette femme fût prête à tous les sacrifices et ne reculât même pas devant une opération dangereuse, dans l'espoir d'obtenir sa guérison. J'ajouterai qu'en raison de son âge, de son activité, du besoin qu'elle avait de travailler, elle ne devait que difficilement se résigner à conserver une infirmité qu'il y aurait eu infiniment moins d'intérêt à chercher à faire disparaître s'il se fût agi d'une femme approchant de la caducité.

Vous comprenez que pour une semblable affection il ne pourrait être dans aucun cas sérieusement question d'un traitement général quelconque. Il s'agit d'une lésion tout à fait locale, qui ne peut être guérie ou même soulagée que par un traitement purement local. Si la réduction de la tumeur était possible, ou du moins si cette réduction pouvait être maintenue sans incon-

(1) Baker-Brown, *On surgical diseases of Women*. London, 1867.

vénient, on pourrait recourir aux moyens appropriés à cet usage, aux pessaires ou aux hystérophores si variés, qui ont été inventés pour soutenir l'utérus, et dont je vous épargne la description, car ils n'ont aucune utilité dans ce cas, si tant est qu'ils en puissent avoir quelqu'une dans d'autres circonstances.

Pour la même raison il n'y a pas lieu de recourir à l'occlusion de la vulve, qu'elle soit pratiquée à l'aide d'une suture, comme le conseille Fricke, ou au moyen de cautérisations profondes et répétées comme l'a fait M. Gaillard, de Poitiers, dans le cas de prolapsus dont je vous ai parlé. Lorsqu'il ne s'agit que de soutenir l'utérus qui tend à tomber, rien de mieux que d'opposer un obstacle à sa chute, en se servant d'un des moyens dont il est question en ce moment. Mais s'il s'agit d'un allongement hypertrophique du col, comme ce dernier ne peut être réduit qu'à la condition de se replier sur lui-même, il viendra incessamment buter sur l'obstacle destiné à le maintenir, et si cet obstacle est insurmontable, comme celui qui pourrait résulter d'une oblitération de la vulve, fût-ce même la simple infibulation proposée par Aran, il en résultera des pressions douloureuses qui auront pour conséquence d'aggraver les souffrances de la malade au lieu de les calmer.

En cas pareil, il n'y a donc qu'un traitement logique à proposer, c'est de faire disparaître une partie du col hypertrophié.

Cette disparition ne pouvant avoir lieu au moyen des fondants, les caustiques constituant un moyen de destruction trop lent et dont il est difficile de limiter exactement l'action, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours.

En conseillant cette opération, qu'il a pratiquée sur

notre malade, Huguier a eu soin de faire remarquer qu'il s'agit d'enlever non seulement la partie sous-vaginale du col utérin, le museau de tanche proprement dit, mais même une portion assez étendue de la partie sus-vaginale, en remontant au-dessus des insertions du vagin, au-dessus par conséquent des points où l'utérus est en contact avec le rectum et la vessie. Pour éviter les dangers résultant de ce voisinage et parvenir au résultat désiré, il ne cherche pas à détacher le tissu utérin des organes auxquels il adhère. Mais, pénétrant dans ce tissu, il fait ses incisions obliquement, de façon à évider, en quelque sorte, l'utérus et à donner à la portion qu'il enlève la forme d'un cône, à sommet supérieur, c'est pourquoi cette opération, qu'il a dénommée « *l'amputation conoïde du col* », doit être pratiquée avec le bistouri plutôt qu'avec les divers écraseurs, ou les fils rougis par le courant thermo-électrique. Ces derniers agents ne peuvent être utilisés avec avantage qu'au dernier moment, alors qu'il ne s'agit plus que de détacher le tronçon conoïde de l'utérus qui a été préalablement taillé comme il vient d'être dit. Après cette résection, il se fait au sommet du vagin une cicatrice qui a la propriété de se rétracter et de s'opposer à un nouvel allongement du col, dont la longueur se trouve être reccourcie, non seulement de toute celle de la partie enlevée, mais encore de la diminution de volume que subit le corps même de l'utérus, par le fait de la perte de sang qui a accompagné l'opération et par la rétraction cicatricielle qui lui succède.

Cette opération n'est certes pas exempte de dangers, car elle peut être suivie des accidents les plus graves de métrite et surtout de péritonite, mais ce n'est point

une raison pour ne pas la tenter, puisque sur 14 cas, opérés par Huguier, il n'y eut qu'un seul décès, que sur 6 opérations, Chassaignac a compté 6 succès et que je puis à mon tour en enregistrer 4 sur 4 opérations pratiquées sous nos yeux par quatre chirurgiens différents. J'estime pourtant qu'il faut s'en abstenir toutes les fois que la femme est trop âgée pour que la disparition de cette infirmité n'ait pas un grand intérêt pour elle, et toutes les fois qu'une complication de nature grave peut opposer un obstacle sérieux à sa réussite. C'est ainsi que chez la malade qui me présentait une ulcération sur la nature de laquelle j'ai pu conserver des doutes, relativement à la possibilité d'une affection cancéreuse, j'ai repoussé formellement toute intervention chirurgicale.

Notre malade de la salle Sainte-Geneviève a été opérée par Huguier, et voici comment il a procédé : la femme étant couchée sur le bord du lit à spéculum, il a introduit un doigt dans le rectum et l'a recourbé en avant, de façon à venir le faire saillir aussi bas que possible sur la tumeur, afin de bien marquer les limites les plus inférieures auxquelles atteignait le rectum, et de se guider sur ce doigt pour éviter de blesser tant le rectum que le péritoine, dont le cul-de-sac recto-utérin descend même au-dessous des insertions vaginales. Alors il a fait sur la partie postérieure du col, en avant par conséquent du rectum et du repli péritonéal, une incision semi-lunaire, à concavité antérieure, comprenant toute la lèvre inférieure du museau de tanche; puis, pendant qu'un aide portait en haut et en avant toute la tumeur, qui avait été saisie avec les pinces de Museux, l'opérateur a continué cette

incision en se dirigeant vers la cavité du col, dans l'épaisseur du tissu utérin, donnant ses coups de bistouri obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à éviter le péritoine.

Cette première dissection étant faite, après avoir préalablement introduit dans la vessie une sonde d'homme, dont le bec a été tourné vers la partie inférieure du cul-de-sac vésical, et qu'un aide était chargé de faire saillir constamment au niveau de la partie la plus inférieure de la tumeur, Huguier a pratiqué sur le col, à un centimètre environ en arrière et au-dessous

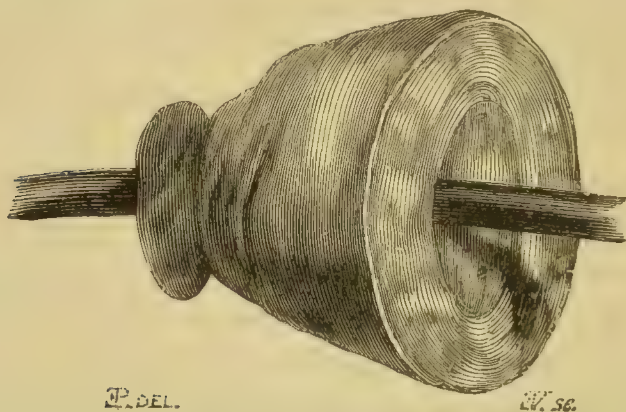


Fig. 132.— Portion du col de l'utérus enlevée (opération d'Huguier) (*).

de la saillie formée par le bec de la sonde, une autre incision semi-circulaire, à convexité antérieure, et dont les extrémités se rejoignirent avec celles de la première incision. Cela fait, il a séparé, par une véritable dissection, la vessie de la partie antérieure du col dans une étendue de 4 centimètres environ, en ayant soin de diriger toujours son bistouri du côté du tissu utérin, de peur de blesser la vessie. Une fois arrivé à la

(*) Grandeur naturelle. — Une sonde est placée dans le canal cervical pour montrer sa direction.

hauteur voulue, il a fait porter ses incisions sur le tissu utérin lui-même, qu'il a coupé obliquement, de bas en haut, comme il avait fait à la partie postérieure; et, enfin, il a achevé la section par un coup de bistouri, dirigé horizontalement, pour rejoindre l'incision postérieure.

La partie détachée de l'utérus a la forme d'un cône dont la base répond à l'extrémité inférieure du col, et présente une longueur d'environ 4 centimètres (*fig.* 132).

Pendant la dissection de la tumeur, quelques artères ont donné du sang. Voici comment il a été procédé pour les lier; la ligature ne pouvant pas s'appliquer, de façon à tenir suffisamment sur un tissu aussi dense que celui de l'utérus, car elle glisse au moment où l'on cherche à la serrer, Huguier a eu l'idée de saisir les artères divisées avec une épingle, recourbée en forme de ténaculum, et de jeter ses ligatures par-dessus chacune de ces épingles, de façon à étreindre tous les tissus qu'elles ont saisis, pour trouver sur elles un point de résistance qui lui permît d'assujettir son nœud. L'épingle, dont la pointe était ensuite coupée, restait dans la plaie, jusqu'à ce qu'elle tombât d'elle-même, en même temps que la ligature; on avait soin, du reste, de fixer à sa tête un morceau de fil qui permit de la retirer au moment où elle se détachait. Aujourd'hui nous trouvons dans les pinces à forcipressure un moyen hémostatique plus commode et qui a été avantageusement employé dans quelques-unes des opérations dont je vous parlerai dans un instant.

Après l'opération, une sonde à demeure a été introduite dans la vessie, une mèche de charpie assez volumineuse a été placée dans le vagin et le tout maintenu à l'aide d'un bandage en T.

Dans le but de prévenir les inflammations qui pourraient survenir, Huguier a fait faire sur les cuisses et le ventre, la veille de l'opération et le lendemain, une friction avec l'huile de croton tiglium, destinée à provoquer une inflammation du côté de la peau. Cette révulsion préventive à laquelle l'habile chirurgien attachait une importance excessive est parfaitement inutile; on n'y a pas eu recours chez nos autres opérées et elles ont tout aussi bien guéri que celles qui y avaient été soumises.

Notre malade qui fut opérée le 12 février n'éprouva aucun accident. Son pouls monta à 108 pulsations le lendemain et, dès le 16, il était redescendu à 72. Le ventre resta souple, il n'y eut aucun symptôme de péritonite. Mais, le 17 février, il se fit un petit mouvement inflammatoire du côté de la vessie, des douleurs abdominales se firent sentir surtout après la miction, qui devint un peu plus fréquente. Le pouls était remonté à 80. Des applications d'onguent napolitain belladoné furent faites sur le ventre, par mesure de précaution, mais cette précaution fut parfaitement inutile, car dès le lendemain le pouls redescendait à 64, et tout rentrait dans l'ordre. Les règles sont revenues à leur époque habituelle; elles ont coulé régulièrement du 23 au 27 février, et n'ont causé d'autre phénomène qu'un peu de tension douloureuse dans tout le bassin.

Des irrigations d'eau tiède furent faites journellement et la mèche remplacée après ces irrigations. La dernière épingle à ligature tomba le 17 février; et, le 9 mars, la malade put commencer à se lever et à marcher dans la salle. — L'examen au spéculum nous permit alors de constater la présence d'une cicatrice

froncée et encore rouge, existant au fond du vagin. — Au milieu de la cicatrice on voyait une petite ulcération rosée, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, et que la muqueuse vaginale débordait un peu. Cette petite plaie présentait des bourgeons charnus de bonne nature marchant vers la cicatrisation.

Cet examen au spéculum a été peu douloureux et l'instrument a pu être introduit sans difficulté jusqu'au fond du vagin. Le 23 mars, moins de six semaines par conséquent après l'opération, la cicatrice était froncée, il ne restait plus qu'une petite ulcération, au milieu de laquelle l'orifice du col se présentait sous la forme d'un petit pertuis circulaire. Il n'y avait plus ni douleur ni écoulement et la malade demandait à rentrer chez elle, ce qui lui fut accordé.

Cette femme n'a éprouvé aucune souffrance ni aucun trouble du côté des voies génitales, depuis le jour où elle a quitté mon service. Elle a repris avec activité son travail de blanchisseuse, sans en être aucunement incommodée, et, quoiqu'elle demeure à la porte de l'hôpital, je l'aurais absolument perdue de vue si elle n'était venue au bout d'un an me consulter pour un phlegmon de la région axillaire.

Elle nous a dit alors que ses règles avaient coulé régulièrement depuis son opération, sans qu'elle éprouvât le moindre malaise aux époques de leur apparition. Elle ne voulut pas alors se laisser examiner pendant le cours de ses règles, et c'est dans leur intervalle seulement que je pus me livrer avec Huguier à une exploration, qui fut renouvelée depuis à l'hôpital en présence des élèves qni suivaient alors ma visite. La vulve était toujours large et béante et une portion notable de la

paroi vaginale antérieure y venait faire saillie. — Mais la tumeur qui en résultait ne causait aucune gêne et se réduisait facilement, dès que le sujet était couché. La sonde introduite dans la vessie pénétrait directement sans qu'il fût nécessaire d'incliner le pavillon en arrière, comme il fallait le faire avant l'opération. Par le toucher, on sentait au fond du vagin une cicatrice froncée, en cul de poule, présentant transversalement deux brides plus saillantes et plus dures, surmontées par deux petites tubercules. Au-dessus de cette cicatrice on reconnaissait parfaitement le corps de l'utérus qui jouissait d'une certaine mobilité et qui était parfaitement indolent; au spéculum nous avons trouvé la même cicatrice (*fig.* 133) avec les deux petits tubercules.

Pendant un certain temps nous avons pu croire que l'orifice était complètement oblitéré, car les recherches les plus attentives ne nous avaient pas permis de le découvrir. C'est que cet orifice était caché derrière un repli de la cicatrice; de telle sorte que nous ne pouvions y introduire le plus fin stylet; mais il existait bien réellement, puisque les règles coulaient librement. — Leur évacuation ne fut cependant pas toujours facile; quelques mois plus tard elles déterminaient des malaises, elles s'accompagnaient de coliques et de douleurs lombaires, puis il y eut enfin des symptômes de rétention du flux

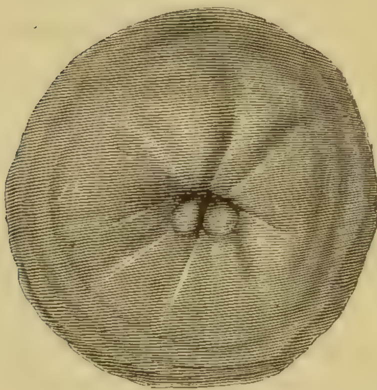


Fig. 133. — Cicatrice consécutive à l'amputation conoïde du col utérin.

menstruel. — Je parvins alors à introduire d'abord un stylet très fin, puis une sonde élastique, dans un très petit pertuis situé au-dessus des deux tubercules saillants au milieu de la cicatrice. — Ce cathétérisme qui facilita l'écoulement sanguin fut renouvelé à diverses reprises et continué pendant plusieurs mois en augmentant le calibre des sondes employées. — Les accidents se reproduisirent avec moins d'intensité pendant deux ou trois époques menstruelles; et ce fut tout. — Depuis lors les règles ont repris un cours régulier et facile, et la santé de la malade, — que je revois souvent, — est devenue parfaite.

Ce petit accident du rétrécissement de l'orifice par suite de la rétraction de la cicatrice, poussé au point de devenir un obstacle à la libre évacuation du sang menstruel, m'avait fait me demander si au moment de l'opération des précautions ne devraient pas être prises pour l'éviter; ou si on ne devrait pas, à titre de mesure préventive, pratiquer le cathétérisme du col, afin de lui maintenir ses dimensions physiologiques pendant que s'opérerait le travail de la cicatrisation.— Mais c'est là un fait isolé, l'accident que je vous signale n'a été observé que très rarement, et s'il a été vu par Courty (1) et par Bernutz (2), il ne s'est produit dans aucune des quatorze autres opérations de Huguier. — Il ne s'est pas reproduit non plus après les trois autres opérations pratiquées dans mon service. Il n'y a donc pas lieu de s'en préoccuper outre mesure. — D'autant plus que dans un des cas rapportés par Huguier, l'autopsie, pratiquée sept ans après l'opération, a montré

(1) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2e éd., p. 398.
(2) Bernutz, *Journal de méd. et de ch. prat.*, 1870.

que les orifices utérins n'étaient nullement oblitérés et que le corps de l'utérus avait conservé ses rapports normaux dans le bassin (*fig.* 134).

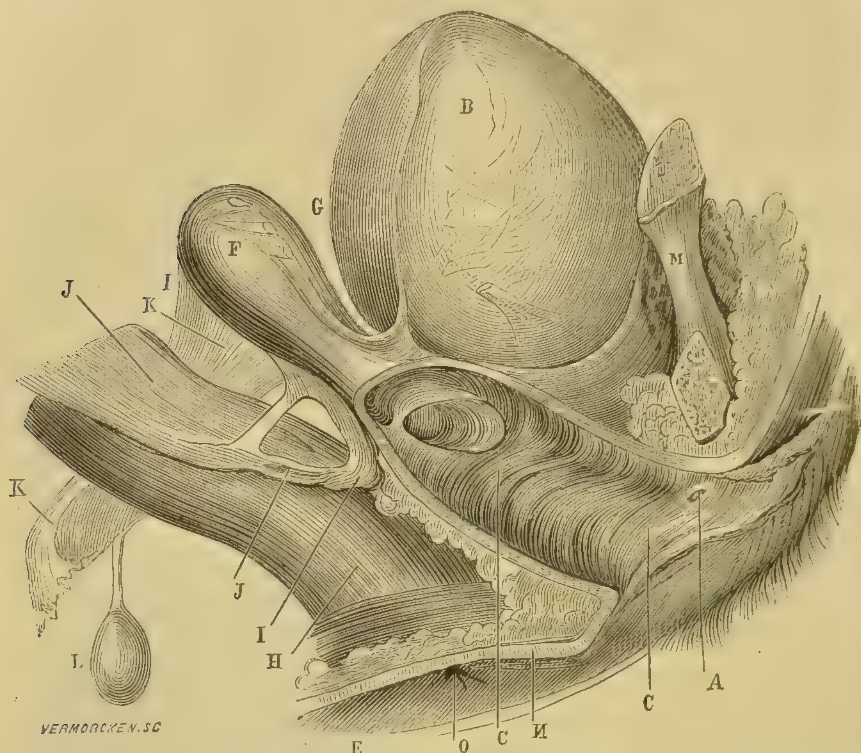


Fig. 134. — État des organes sept ans après l'amputation conoïde du col de l'utérus (*).

Chez mes trois autres malades les choses se sont passées tout aussi simplement. Celle qui a été opérée par M. Labbé, avait trente-cinq ans, elle était blanchisseuse,

(*) A, Méat urinaire ; B, vessie ; C, moitié latérale gauche de la face interne du vagin ; E, à la partie supérieure du vagin, deux cicatrices circulaires déprimées en infundibulum, et séparées par une petite bride falciforme ; F, ce qui reste de l'utérus. La communication de sa cavité avec celle du vagin est interrompue par la cicatrice ; G, cul-de-sac antérieur du péritoine ; H, extrémité inférieure du rectum ; I,I, cul-de-sac postérieur du péritoine ; J,J, traces de la bride que formait très probablement le foyer rectal du cul de-sac postérieur du péritoine, lorsque la précipitation existait ; K,K, ligament large et pavillon de la trompe gauche ; L, petit kyste séreux ; M, moitié droite de la symphyse pubienne ; N, périnée ; O, orifice anal.

elle avait eu trois grossesses, terminées : la première par une fausse couche à six mois, la seconde à terme par une application de forceps, la troisième par un accouchement provoqué à huit mois, il y avait quatre ans quand elle est entrée dans mon service où elle a occupé le lit n° 20 de la salle du Rosaire. Elle souffrait alors depuis un an de douleurs hypogastriques et lombaires, elle se fatiguait facilement, et depuis deux ou trois mois elle avait vu apparaître à la vulve une tumeur qui était allé graduellement en croissant et qui ne rentrait plus même lorsqu'elle était couchée. Son utérus avait 13 centimètres de profondeur.

M. Labbé pratiqua l'opération d'après le procédé et avec les précautions indiquées par Huguier et il enleva une longueur de 5 centimètres du col de l'utérus. Il n'y eut que quelques troubles de la miction, consistant en un peu de ténesme suivi de rétention d'urine, qui nécessita un double cathétérisme quotidien. La fièvre fut modérée ; la température ne dépassa pas 39° ; il n'y eut pas la moindre poussée péritonéale et, le douzième jour, la malade allait très bien ; au bout de vingt-deux jours, elle se levait et, un mois après l'opération, elle sortait de l'hôpital.

Nous l'avons revue plusieurs fois depuis et six mois après l'opération nous avons constaté que ce qui restait de son utérus occupait bien la situation normale ; que la cicatrice était parfaite et que le col présentait un orifice triangulaire (*fig.* 135), comme on le rencontre chez beaucoup de femmes qui ont eu des enfants. La cavité utérine ne mesurait que 6 centimètres, et, comme vous vous rappelez qu'il n'en avait été enlevé que 5 sur les 13 qui avaient été constatés avant l'opération, nous de-

vons donc admettre que pendant le travail de la cicatrisation il s'est opéré un retrait de 2 centimètres, ce qui du reste s'explique parfaitement bien. Il reste encore un peu de cystocèle, c'est un petit inconvénient qu'il serait facile d'éviter en enlevant au moment de l'opération une portion plus étendue de la muqueuse vaginale en avant.



Fig. 135. — État du col après l'opération de Labbé.

La malade opérée par M. Pozzi, avait quarante-six ans, elle était femme de ménage, mais s'était livrée autrefois aux travaux pénibles de la culture, puis avait été laitière et enfin avait frotté les appartements ; elle occupait le lit n° 9 de la salle du Rosaire. Elle avait eu deux grossesses, toutes les deux fort pénibles, surtout la dernière qui a eu lieu à quarante-trois ans et pendant le cours de laquelle elle a vu le col de la matrice apparaître à la vulve, quand elle se livrait à ses travaux fatigants de marche et de frottage de parquets. Depuis l'accouchement la tumeur formée par la matrice sortant hors de la vulve a continué à s'accroître, et à notre examen

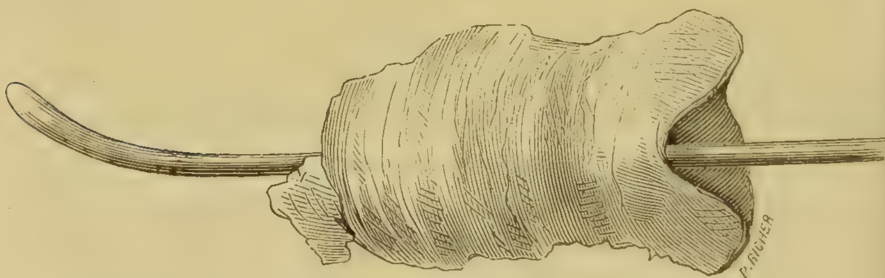


Fig. 136. — Morceau du col enlevé (opération de Pozzi).

l'utérus allongé avait 12 centimètres de profondeur.

L'opération a été pratiquée comme dans les deux cas précédents. La portion enlevée mesurait près de 6 centimètres (*fig.* 136) et pesait 13 grammes. Les suites de l'opération furent des plus simples ; il n'y eut que très peu de fièvre, le pouls oscilla entre 80 et 100 pulsations, la température entre 38° et 39° 4. Au



Fig. 137. — État du col après l'opération de Pozzi.

bout de 11 jours l'opérée mangeait deux portions; au bout de 25 jours elle se levait et était en pleine convalescence. Elle fut suivie comme les autres, et la cicatrisation fut trouvée complète après quelques semaines. Le col était seulement un peu plus entr'ouvert que chez la précédente (*fig.* 137) parce que l'examen en fut fait moins longtemps après l'opération.

Chez l'opérée de M. Pollaillon, il s'est produit un petit incident qui prouve combien est grande l'innocuité de l'opération. Je vous ai dit que l'une des précautions les plus importantes à prendre c'est d'éviter de léser le péritoine. Vous vous rappelez que Huguier ne considérait cependant pas cette lésion du péritoine comme

devant avoir une gravité bien effrayante et que la seule précaution qu'il conseillait était de commencer l'opération par la partie postérieure, afin que si par hasard on pénétrait dans le repli postérieur utéro-rectal du péritoine on pût arrêter l'opération et faire un point de suture ou appliquer une serre-fine. Plus hardi encore, M. Polaillon a cru pouvoir aller plus loin et terminer son opération quoique le péritoine ait été ouvert; et le résultat a été aussi favorable que si cette complication ne se fût pas présentée.

La malade était couchée au n° 33 de la salle du Rosaire; c'était une femme de trente-six ans, d'une bonne constitution; elle était journalière, occupée à d'assez durs travaux et surtout à faire des ménages. Elle eut à vingt-six ans un premier accouchement à terme après lequel elle ne garda le lit que six jours; mais aussitôt qu'elle recommença à travailler elle constata que sa matrice était plus bas qu'autrefois et un jour, après avoir fait une chute, en frottant un parquet, elle la sentit sortir de la vulve. Elle réduisit elle-même la tumeur en la refoulant sous ses doigts et ne s'inquiéta pas davantage de cet accident; mais elle remarqua que depuis lors elle se fatiguait plus facilement et était devenue incapable de se livrer, comme autrefois, à des efforts un peu violents ou un peu prolongés.

Elle eut à vingt-huit ans une seconde grossesse qui se termina bien, comme la première, par un accouchement à terme et régulier. Cette fois encore elle reprit trop vite ses travaux, mais elle ne put les continuer comme auparavant, se trouvant fatiguée au moindre effort, sentant sa matrice sortir à chaque instant hors de la vulve, sans qu'il lui fût possible ni de la maintenir

en place, ni même de la réduire momentanément, et éprouvant en un mot tous les symptômes caractéristiques que vous connaissez. Des pessaires nombreux et variés furent employés inutilement, et, loin de soulager, ils déterminèrent des douleurs et une gêne tellement insupportables qu'il fallut y renoncer. C'est dans ces conditions que la malade vint à nous. Il n'y avait pas à se méprendre sur la nature de la tumeur qui lui pendait entre les jambes, et dont la partie la plus inférieure était assez largement excoriée, car une sonde introduite à travers l'orifice qui formait le centre de cette excoriation pénétrait jusqu'à une profondeur de 13 centimètres.

L'opération fut pratiquée le 4 juin par M. Polaillon, qui procéda de la manière suivante :

Dans un premier temps, deux incisions en forme de croissant, sont faites l'une au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, l'autre au niveau du cul-de-sac antérieur, de manière à venir se rejoindre sur les parties latérales et à circonscrire complètement le col hypertrophié. — Dans un second temps, le col étant saisi par des pinces érignes et attiré au dehors, M. Polaillon le dissèque en avant, en arrière et sur les côtés. A mesure que la dissection devient plus profonde, il cherche à se rapprocher de l'axe du col en taillant dans le tissu utérin un cône qui reste adhérent par son sommet. Pendant cette dissection, une sonde est introduite dans la vessie afin que sa saillie puisse servir de guide pour éviter la blessure de l'urèthre ou du bas-fond de la vessie, et le doigt de l'opérateur placé dans le rectum remplit le même office pour éviter l'ouverture du cul-de-sac du péritoine. Une hémor-

rhagie assez considérable nécessite l'application de plusieurs pinces hémostatiques. Arrivé à une profondeur d'environ 8 centimètres, M. Polaillon s'aperçoit que, malgré les précautions qu'il a prises, le cul-de-sac

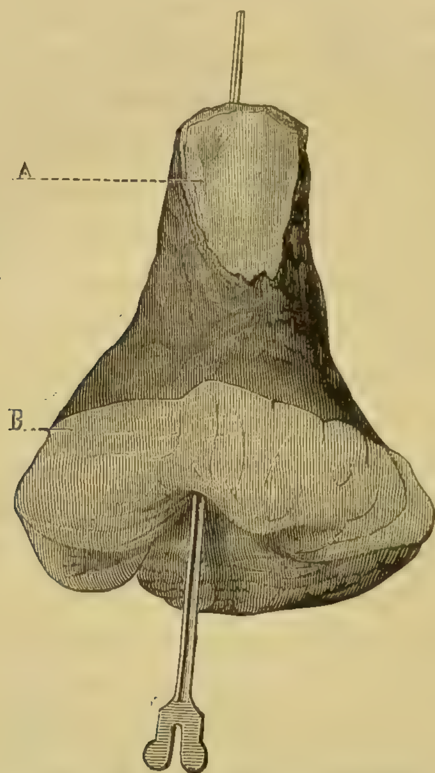


Fig. 138. — Portion du col enlevée vue par la face postérieure (opération de Polaillon) (*).

postérieur du péritoine est ouvert. Il applique alors trois points de suture en fil de catgut qui réunissent exactement les deux lèvres de la plaie péritonéale, et termine l'opération en sectionnant d'un coup de ciseaux le sommet du cône formé par le col disséqué.

La portion du col qui a été enlevée représente un

(*) Une sonde introduite dans la cavité du col montre sa direction. Elle sort, à la partie antérieure, à un centimètre au-dessous du sommet du cône : A, portion du péritoine ; B, muqueuse du col utérin.

cône dont la hauteur totale a 8 centimètres (*fig.* 138). L'orifice du col se voit à la face antérieure à un centimètre au-dessous du sommet du cône, qui se trouve ainsi avoir été taillé obliquement d'avant en arrière aux dépens de la partie postérieure de l'utérus. En arrière le péritoine est resté adhérent au tissu utérin dans une étendue de deux centimètres carrés environ, représentant exactement l'ouverture du cul-de-sac postérieur.

L'opération a été presque indolore ; la malade, qui n'a pas été chloroformée, déclare avoir médiocrement souffert ; elle a bien supporté l'opération, malgré une perte de sang considérable.

On applique un pansement à l'acide phénique et on laisse en place les pinces hémostatiques. La malade est ensuite replacée sur son lit, avec les plus grandes précautions, et on lui recommande l'immobilité la plus absolue. On prescrit des boissons glacées et une potion de Todd glacée, avec 60 grammes d'eau-de-vie.

Dans la journée la malade a des nausées et quelques vomissements. Le soir la température axillaire est de 36°,5. Le pouls est faible. Une hémorrhagie abondante se déclare et nécessite le tamponnement ; on prescrit en outre une potion avec 30 gouttes de perchlorure de fer.

Le lendemain on ôta les tampons, on fit un lavage avec une solution d'acide phénique au 40ᵉ et l'hémorrhagie étant arrêtée on ne remit qu'un seul tampon par précaution dans le vagin. Le même pansement fut renouvelé matin et soir pendant les jours suivants durant lesquels il y eut quelques vomissements avec un peu de fièvre ; mais le ventre ne se ballonna pas ; le pouls n'atteignit qu'un seul jour le chiffre de 120 pulsations et la température ne dépassa jamais 39° 5 le soir,

pour descendre promptement à 38°, chiffre au-dessous duquel elle est constamment restée depuis le 12 juin, 8 jours après l'opération.

Les pinces hémostatiques se détachèrent du 5e au 6e jour (9 et 10 juin) et le 9e la convalescence s'établissait franchement, la fièvre ayant complètement disparu, l'appétit revenant, le sommeil étant paisible et réparateur.

L'examen au spéculum, pratiqué le 29 juin, nous permit de constater que les choses étaient chez cette femme à peu près dans le même état que chez nos autres opérées, sans qu'il nous fût possible de retrouver la trace de la plaie faite au péritoine. Il n'y avait au fond du vagin aucune saillie représentant le col, ce qui se comprend ; mais à sa place une sorte d'infundibulum ayant une surface encore rouge et saignante. Je ne voulus pas le cathétériser alors remettant cette exploration à un moment où la cicatrisation plus solide nous permettrait de la faire sans le moindre inconvénient pour la patiente. Les règles sont revenues au commencement de juillet ; elles ont bien coulé, régulièrement comme d'habitude, et vers le milieu du mois la malade a pu quitter l'hôpital, parfaitement guérie, moins de six semaines après l'opération.

Les faits que je viens de faire passer sous vos yeux sont assez probants, je l'espère, pour vous démontrer, Messieurs, que l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus est une maladie qu'il ne faut pas confondre avec la chute ou précipitation de la matrice, car elle n'est pas justiciable du même traitement. La chute ou précipitation de la matrice peut être réduite et maintenue à l'aide de pessaires plus ou

moins ingénieusement confectionnés. Il n'en est pas de même de l'allongement de la portion sus-vaginale du col utérin ; cette maladie exige une opération, qui a été instituée par Huguier et qui a merveilleusement réussi, non seulement entre ses mains, mais aussi et avec un succès égal entre toutes les mains habiles qui ont osé l'entreprendre.

XVIII

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

(MYÔMES OU HYSTÉRÔMES).

Composition anatomique de ces tumeurs, auxquelles le nom de myôme ne convient pas plus que celui de corps fibreux.

Anatomie pathologique. — Leur forme. — Leur nombre. — Leurs dimensions. — Leur structure. — Leurs connexions avec le tissu utérin. — Leur mode de développement et leur nutrition. — Leur évolution. — Formation du pédicule. — Polypes fibreux. — Déformation de l'utérus. — Altérations de la muqueuse utérine dépendant de la présence des corps fibreux. — Polypes fibrineux.

Symptômes. — Signes objectifs fournis, par la palpation, par le toucher, par le cathétérisme. — Diagnostic différentiel. — Dilatation du col. — Polypes à apparitions intermittentes.

MESSIEURS,

Le lit n° 13 de la salle Sainte-Geneviève est actuellement occupé par une femme de trente-huit ans, que de nombreuses et abondantes métrorrhagies ont jetée dans un état d'anémie excessive. Cependant, quoique ses cheveux aient blanchi avant l'âge ; quoiqu'elle soit complètement exsangue, que son visage, un peu bouffi en ce moment, présente la teinte jaune cireuse de la chlorose, rendue plus apparente par la complète décoloration des muqueuses oculaire et buccale ; quoi-

qu'elle gise, étendue sur son lit, sans avoir la force de faire un mouvement et qu'elle ne puisse même se retourner sans éprouver des palpitations et de l'essoufflement, on voit pourtant que l'état d'affaissement dans lequel cette femme est tombée est récent. On sent qu'il ne doit être que momentané ; car la constitution est bonne, l'œil est encore brillant, la peau ne présente pas cet aspect terreux et blafard qu'elle revêt dans les cachexies graves et plus particulièrement dans le cancer. Il y a là un épuisement anémique semblable à celui qui se produit à la suite de toutes les hémorrhagies abondantes ou répétées, quelle que soit la cause qui ait donné lieu à l'écoulement sanguin.

La lésion organique sous l'influence de laquelle se sont produites les métrorrhagies qui ont rendu cette femme si complètement exsangue est une tumeur *fibreuse* de l'utérus. Et, puisque je conserve cette dénomination ancienne, que l'on a proposé de remplacer par celle de *myôme,* je veux, avant d'aller plus loin, vous faire connaître quels sont les caractères anatomiques de ces tumeurs, et ce que nous savons de la façon dont elles se forment et se développent. Cela me servira, du reste, à justifier mon diagnostic, dans ce cas particulier, et me permettra de vous indiquer rapidement les signes sur lesquels il se fonde.

Ces tumeurs, que nous continuerons à désigner sous le nom de *tumeurs fibreuses,* de *corps fibreux*, de *fibroïdes* de l'utérus, ont ordinairement une forme arrondie, sphéroïdale, lorsqu'elles se développent librement dans la cavité utérine ; mais si elles trouvent des obstacles à leur évolution, leur forme se modifie suivant la nature et le siège de la résistance qui leur est

opposée ; c'est ainsi qu'on en rencontre de pyriformes, d'ovoïdes et d'aplaties. D'autres fois, on en trouve qui sont étranglées à leur partie moyenne et présentent la forme d'un bissac; ce dernier mode de déformation est le résultat d'une compression, qui peut être produite, soit par l'orifice du col qui enserre circulairement la tumeur au moment de son passage de la cavité utérine dans le vagin, soit par des brides de tissu cellulaire, soit encore par les fibres utérines elles-mêmes ; et l'on comprend que, si ces brides sont multipliées, la tumeur prenne l'aspect lobulé. Cependant, cette lobulation extérieure peut dépendre aussi de ce que deux ou plusieurs tumeurs sont adossées et en quelque sorte soudées l'une à l'autre. Il n'est pas très rare, comme le rapporte Robert Lee, de rencontrer une variété de tumeurs fibreuses ayant l'aspect granulé et qui sont dues à l'agglomération de tumeurs plus petites réunies en nombre plus ou moins considérable. Mais, dans ces cas, la lobulation n'est pas seulement extérieure, elle se prolonge dans toute l'épaisseur de la tumeur comme nous allons le voir en parlant de sa structure.

Le plus souvent, cependant, les corps fibreux sont isolés et indépendants les uns des autres, tout en étant multiples, car il est extrêmement rare de n'en trouver qu'un seul à la fois.

Leur volume varie depuis celui d'un grain de chènevis ou d'une lentille, jusqu'à celui de la tête d'un fœtus à terme et même beaucoup au delà; c'est ainsi que Cruveilhier et Bayle parlent d'un cas où la tumeur avait acquis un développement tel, que son poids atteignait 39 livres. Kummer, cité par Fletwood Churchill,

a vu une tumeur du poids de 40 livres, qui pendait extérieurement.

J'en ai vu une qui pesait 52 livres (26 kilogrammes), et qui a été présentée en 1877 à la Société anatomique par mon interne, M. Richer. Elle provenait d'une fille vierge, âgée de vingt-trois ans et chez laquelle le début de la maladie ne remontait pas à plus de deux ans et demie ou trois ans. La marche de la maladie avait été extrêmement insidieuse et aucun trouble des fonctions génitales n'avait permis de songer que la tumeur qui avait

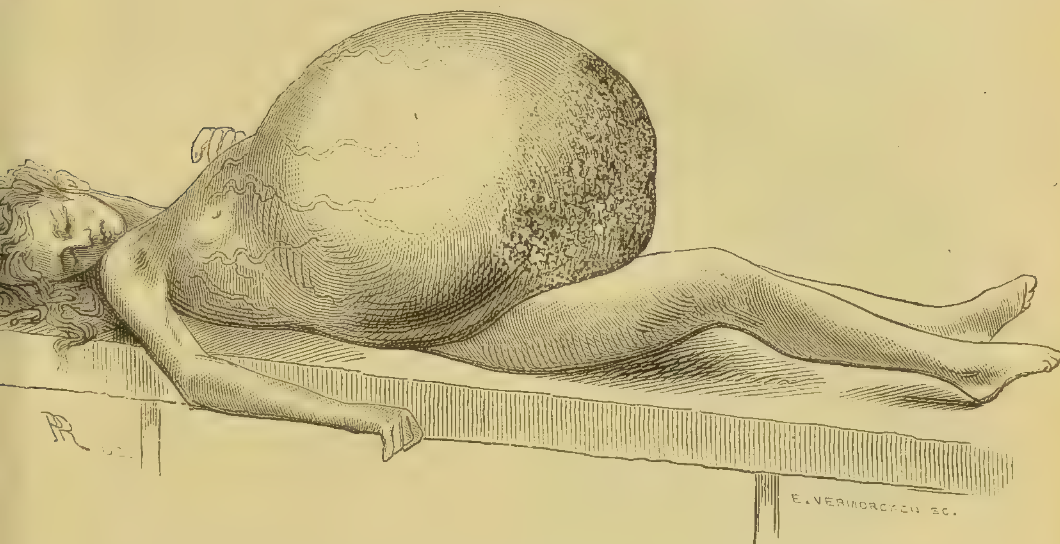


Fig. 139. — État extérieur d'une femme affectée de tumeur fibreuse de l'utérus, du poids de 26 kilogrammes.

paru se développer d'abord dans le flanc gauche pût dépendre de l'utérus. — Une ponction exploratrice pratiquée à l'hôpital Cochin dans les premiers mois de la maladie n'avait donné issue qu'à quelques gouttes de sang, ce qui n'avait pas servi beaucoup à éclairer le diagnostic. Lorsque la malade entra dans mon service,

elle était dans l'état suivant et presque agonisante :

La face et les membres contrastent par leur amaigrissement avec le volume énorme de l'abdomen (*fig.* 139) : l'émaciation est surtout considérable sur les membres supérieurs; les membres inférieurs sont œdématiés. La peau du corps est couverte de taches de rousseur plus marquées au visage, sur le front, les joues et les côtés du nez où elles sont confluentes et forment un masque qui rappelle celui de la grossesse.

L'abdomen mesure d'une épine iliaque à l'autre $1^m,02$; de l'appendice xyphoïde à l'ombilic $0^m,41$. La circonférence au niveau du sacrum et au-dessus de l'ombilic est de $1^m,62$. L'énorme masse ainsi formée par l'abdomen, déborde les flancs de chaque côté, soulève en haut la base du thorax qui se trouve élargie et descend jusque vers le milieu des cuisses. Le décubitus dorsal est très pénible ; l'oppression est considérable. Soulevée presque sur son séant par de nombreux oreillers, la malade ne peut conserver cette position qui lui permet de respirer un peu plus à l'aise, qu'à la condition d'écarter les deux cuisses, entre lesquelles l'extrémité inférieure de la paroi abdominale vient reposer sur le lit.

La peau est très distendue, elle ne glisse pas sur la tumeur. Dans sa moitié inférieure, au-dessous de l'ombilic, elle est comme rugueuse et hypertrophiée. Elle est en même temps le siège d'une infiltration œdémateuse et garde l'empreinte du doigt. L'abdomen est sillonné, du pubis à l'appendice xyphoïde, par des veines dilatées, sinueuses, creusées dans le derme induré qui leur constitue une espèce de rigole ; la poitrine dilatée est aussi le siège d'une dilatation veineuse assez considérable.

A la palpation, on sent une masse dure et résistante, occupant toute la cavité abdominale; il y a cependant un peu de fluctuation, sur les limites du flanc gauche.

La sonorité est très grande à la partie supérieure de l'abdomen, à l'épigastre où doit être refoulée la masse intestinale ; la matité du foie est normale et la sonorité descend à droite beaucoup plus bas qu'à gauche où elle ne dépasse pas la limite inférieure des fausses côtes ; dans tout le reste de l'abdomen, la matité est complète.

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal ; les urines sont peu abondantes, elles n'ont jamais contenu de sang. Il n'existe pas de diarrhée. La malade ne vomit pas, mais elle ne peut prendre que peu de nourriture. Pas de fièvre, faiblesse très grande, sueurs, dyspnée, douleurs abdominales fort intenses.

A l'autopsie, nous trouvâmes une tumeur occupant la partie inférieure et gauche de la cavité abdominale. La masse des intestins était refoulée à droite et en haut, les anses intestinales étaient très distendues, de coloration normale, sans fausses membranes récentes à la surface. Un grand nombre adheraient à la tumeur par leur mésentère, d'autres y avaient contracté des adhérences plus intimes par leurs propres parois. Le grand épiploon avait des connexions nombreuses avec la tumeur, il était transformé en une espèce de filet à mailles très irrégulières et dont les travées les plus volumineuses étaient parcourues par de gros vaisseaux qui pénétraient dans le néoplasme (*fig.* 140). Une portion très rétrécie de la tumeur, et qui en était le pédicule, s'enfonçait dans le petit bassin. On retira avec soin toutes les parties molles du petit bassin, et

après dissection on constata que le pédicule s'attachait au fond de l'utérus.

Cette tumeur enlevée et placée sur une table, prend la forme d'un haricot gigantesque s'affaissant un peu

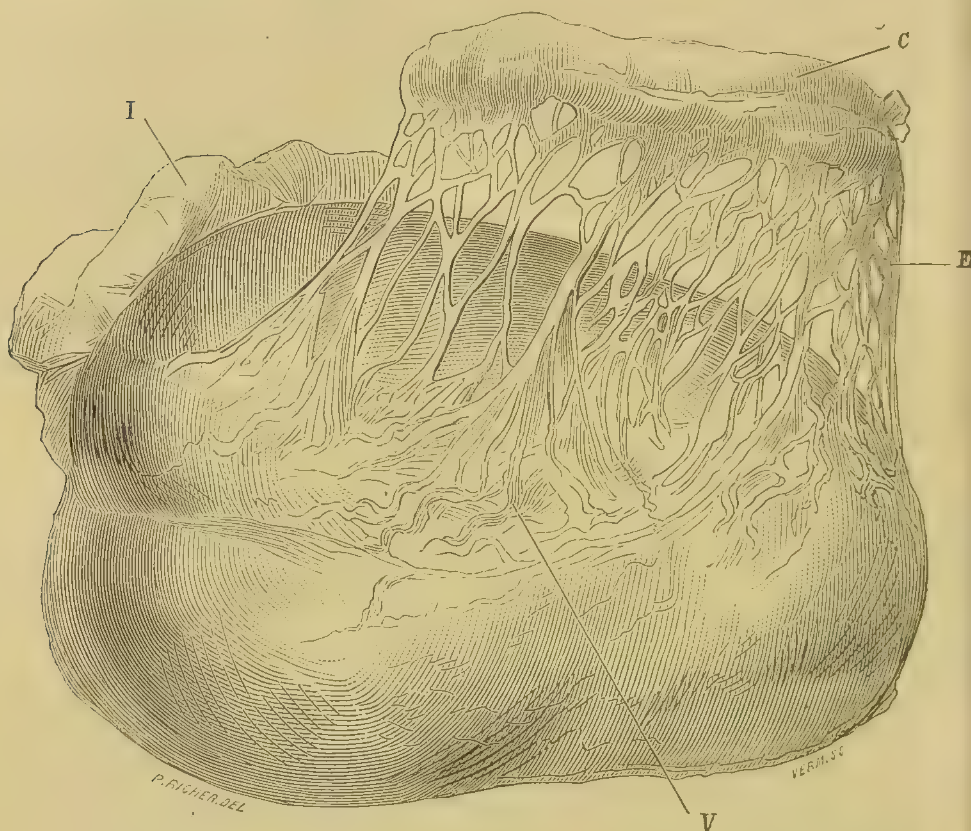


Fig. 140. — Tumeur fibreuse utérine du poids de 26 kilogrammes. Adhérences péritonéales (*).

sous son propre poids. Au hile correspond le pédicule ; elle a dans son diamètre longitudinal 50 centimètres environ, 40 dans son diamètre transversal, et de 25 à 30 dans le diamètre antéro-postérieur. Son poids est

(*) C, côlon transverse. — E, grand épiploon. — V, dilatations vasculaires du grand épiploon pénétrant dans la tumeur. — I, intestin adhérent.

de 26 kilogrammes. Sa coloration est rose, uniforme ; sa surface est lisse, légèrement mamelonnée, parcourue par un nombre considérable de vaisseaux aux points seulement où existent les adhérences. Sa consistance est dure, un peu élastique ; sur une coupe, le tissu partout homogène est de coloration blanc rosé et d'aspect charnu ; on découvre des sections de vaisseaux, rares, parfois très volumineux, sortes de véritables sinus qui demeurent béants ; la surface de section se bombe et le raclage n'en ramène pas de suc.

Le pédicule est formé au centre par l'utérus (*fig.* 141), de chaque côté duquel se dégagent les ligaments larges, libres de toute adhérence ; le vagin normal semble allongé, il a 24 centimètres ; les plis transversaux sont bien marqués ; il existe une membrane hymen ; le col de l'utérus est petit, vierge ; une sonde introduite par son orifice pénètre à une profondeur de 15 centimètres environ. En ouvrant l'utérus sur la sonde, par sa face antérieure, on découvre la cavité du col normale avec les plis non effacés de l'arbre de vie. Plus haut, la cavité utérine se trouve réduite à une sorte de conduit qui se perd au point d'implantation du pédicule sur la tumeur. A ce même niveau, les parois utérines, qui paraissent saines dans leur partie inférieure prennent un aspect aréolaire, laissent échapper beaucoup de sang à la section, et se continuent sans ligne de démarcation avec le tissu propre de la tumeur. Les ligaments larges n'atteignent pas le hile, leur bord libre en est distant de 5 à 6 centimètres, indiquant la limite qu'occupait le fond de l'utérus qui a été tiraillé et comme attiré par la tumeur. Les ligaments ronds sont tiraillés et allongés ; les trompes, les ovaires, d'apparence et de volume nor-

maux, n'ont contracté aucune adhérence. En avant du pédicule, la vessie est un peu distendue, normale d'ailleurs. En arrière, le rectum ne paraît pas altéré.

Voici ce que l'examen histologique a permis de

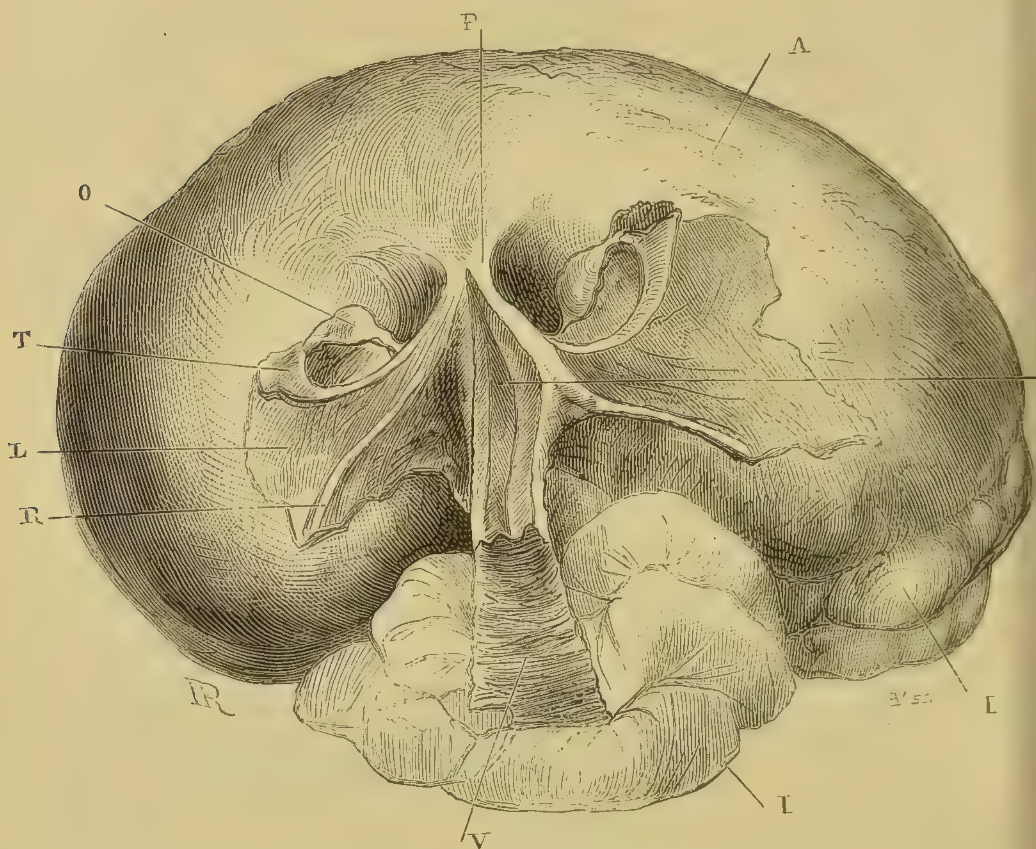


Fig. 141. — Tumeur fibreuse du poids de 26 kilogrammes (connexions avec l'utérus) (*).

constater : Une petite portion de la tumeur a été traitée par la gomme et l'alcool ; sur des coupes minces, colorées par le picro-carminate et montées dans de la

(*) P, pédicule de la tumeur. — U, utérus. — V, vagin. — I, intestin adhérent. — A, tumeur. — O, ovaire. — T, trompe. — L, ligament large. — R, Ligament rond.

glycérine, on a trouvé des faisceaux composés de fibres musculaires, lisses, dirigées en divers sens et séparées par une quantité assez considérable de tissu conjonctif, dont les fibres ont les directions les plus variées. En certains points, les éléments du tissu conjonctif prennent l'aspect de cellules fusiformes se rapprochant des fibres musculaires lisses dont il devient difficile de les distinguer. On ne trouve pas d'éléments embryonnaires et les capillaires ont la structure de vaisseaux parvenus à leur état complet de développement.

Les tumeurs fibreuses qui ont le volume du poing sont les plus fréquentes, et on les rencontre souvent à l'autopsie de vieilles femmes chez lesquelles aucun symptôme ne révélait leur présence pendant la vie.

Leur consistance est assez dure, mais elle offre cependant une certaine élasticité ; le doigt qui les comprime sent une résistance, qui ne se trouve que dans les tissus fibreux et qui ne lui permet pas d'y marquer son empreinte, comme il peut le faire pour les autres parenchymes et particulièrement pour les muscles. A la coupe, le tissu crie sous le scalpel, et, par la pression, on fait suinter, sur la surface de section, un suc visqueux, jaunâtre, transparent et filant comme du blanc d'œuf, qui ressemble beaucoup au liquide synovial.

Lorsqu'on divise ces tumeurs par une section pratiquée perpendiculairement à leur axe, on voit, sur leur coupe, se dessiner une multitude de cercles concentriques, s'enroulant autour les uns des autres, à peu près comme ceux que l'on aperçoit sur la coupe horizontale d'un tronc d'arbre, mais avec moins de régularité. On a comparé, avec beaucoup de justesse, cette

surface de section à celle que l'on obtiendrait si l'on coupait un peloton de fil, après l'avoir solidifié. Habituellement les fibres paraissent enroulées autour d'un seul centre, comme cela se voit sur la section horizontale des disques intervertébraux ; mais, souvent aussi, on voit ces fibres partir de plusieurs centres différents, ce qui indique que plusieurs tumeurs, séparées à leur origine, se sont en quelque sorte soudées l'une à l'autre par juxtaposition, pendant leur accroissement, et sont ainsi arrivées à ne former plus tard qu'une seule masse.

La coloration de la coupe est d'un blanc brillant, d'aspect nacré, avec une teinte, tantôt jaunâtre, tantôt bleuâtre. On trouve souvent au centre des tumeurs des taches jaunâtres, ou brunes, ou d'un gris noirâtre, ardoisé, qui paraissent dues à la présence de la matière colorante du sang.

Quelquefois, le centre de la tumeur est creusé de petites vacuoles, de petits kystes contenant le liquide visqueux dont je vous ai parlé, mais qui peut être coloré en rouge par du sang. Ces kystes ont parfois des dimensions telles que, dans certaines circonstances, où ils s'ouvraient à l'extérieur, leur cavité a pu être prise pour celle de l'utérus lui-même (1).

D'après les recherches histologiques les plus récentes, ces tumeurs sont constituées par deux éléments principaux : d'abord des fibres longues, aplaties, minces, grêles, molles et hyalines, lisses, peu élastiques et fasciculées (fibres du tissu conjonctif); ensuite des fibres-cellules hypertrophiées comme pendant la gros-

(1) Voyez fig. 119, p. 775.

sesse, mais ces dernières sont loin de constituer la masse la plus importante de la tumeur. D'après Ch. Robin, elles ne figurent jamais dans sa composition pour plus de la moitié, et n'y sont parfois que dans la proportion de un dixième (1). La proportion habituelle peut donc être évaluée au quart, en moyenne, et bien certainement elle n'est pas suffisante pour justifier la dénomination de *myômes*, que l'on s'est empressé de donner à ces tumeurs dès qu'on a eu découvert quelques fibres musculaires lisses dans leur épaisseur. Cette dénomination est au moins aussi défectueuse que celle de *fibrômes*, ou de *corps fibreux*, et, en vérité, on ne sait pas pourquoi on renoncerait à l'une, qui est généralement acceptée et connue, pour prendre l'autre. Si l'on voulait à toute force adopter un mot nouveau, il vaudrait certainement mieux s'arrêter à celui d'*hystérômes*, qui a été proposé par M. Broca; car, histologiquement, c'est de la composition du tissu utérin que ces tumeurs se ropprochent le plus, ainsi que l'a du reste fort bien fait observer Lebert, qui les considère comme une aberration de ce tissu. Et vous n'ignorez pas que si les fibres musculaires de l'utérus sont très apparentes pendant la grossesse, elles le deviennent infiniment moins en dehors de la gestation et ne peuvent alors que très difficilement être distinguées du tissu fibreux qui les entoure.

Entre les deux éléments fibreux et musculaire, dont se composent ces tumeurs, est une substance amorphe, grisâtre, plus ou moins granuleuse surtout au centre, offrant de l'analogie avec celle qui infiltre le tissu

(1) Ch. Robin, *Dict. de Nysten*, 14e édition. Paris, 1878.

des fibro-cartilages intervertébraux. On n'y rencontre ni nerfs ni lymphatiques.

Quant aux vaisseaux sanguins, la présence des artères n'a jamais été constatée dans l'épaisseur des tumeurs fibreuses (1); mais on a cru voir des réseaux veineux de nouvelle formation occupant leur surface et résultant du prolongement des veines voisines, comme cela arrive pour les fausses membranes. Ces vaisseaux de nouvelle formation se comportent comme ceux qu'on observe à la surface des caillots situés dans l'intérieur des veines, et ils envoient des prolongements dans la masse de la tumeur, mais en petite quantité. En revanche, les vaisseaux sanguins sont très abondants dans la loge celluleuse qui enveloppe la tumeur fibreuse et la sépare du tissu utérin, et dans tout le tissu utérin lui-même. Cette opposition entre l'absence de vascularisation des corps fibreux et l'extrême vascularisation du tissu environnant est rendue très apparente sur une pièce du Musée de Saint-Bartholomew's Hospital, dont West donne la description en ces termes : *La tumeur fibreuse qui est contenue dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus n'est pas plus volumineuse qu'une amande munie de sa coque, et la vascularité est si faible que l'injection qui a coloré profondément les parois de la matrice n'a pas pénétré les vaisseaux de la tumeur* (2).

(1) Certains histologistes ont prétendu qu'à leur origine les myômes contiennent des vaisseaux sanguins qui s'oblitèrent lorsque la tumeur a acquis son entier développement. C'est un point qui demande à être élucidé par des recherches nouvelles.

(2) West, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, trad. par Mauriac, page 320.

Quoique dépourvus de vaisseaux propres, les corps fibreux se nourrissent, et d'une façon assez active pour pouvoir acquérir le développement parfois considérable dont je viens de vous montrer un si remarquable exemple. Il y a lieu de penser que leur nutrition se fait à la façon de celle des cartilages ou du cristallin. Ce sont de véritables parasites dont les cellules centrales tirent leurs éléments nutritifs des cellules périphériques, et qui s'accroissent par une sorte de juxtaposition de couches extérieures venant recouvrir les couches centrales; c'est presque une stratification comparable à celle qui accroît les dimensions des minéraux.

Cette dernière comparaison est d'autant plus juste que souvent on voit une véritable stratification calcaire se former dans l'épaisseur des couches des corps fibreux et leur donner une apparence d'ossification. Mais cette incrustation calcaire ne présente aucun des caractères du tissu osseux véritable. Je comparerais volontiers cette transformation à celle qui s'opère, à la suite de certaines pleurésies chroniques, dans les fausses membranes déposées à la surface des plèvres, et qui donne à ces dernières une dureté ossiforme.

Une autre transformation peut encore survenir dans les corps fibreux, c'est leur ramollissement. La question de savoir comment se produit ce ramollissement a donné lieu à de longues discussions, ayant pour but de déterminer s'il est, ou non, la conséquence d'un travail inflammatoire se terminant par la suppuration. Il n'est pas douteux que la suppuration puisse s'établir autour d'un corps fibreux, dans la couche lamelleuse du tissu cellulaire qui le sépare du parenchyme utérin, mais il est difficile d'admettre qu'elle s'établisse

dans les parties centrales, au sein même du tissu qui constitue le corps fibreux. Le ramollissement qui se produit dans ce tissu est très analogue au phénomène de régression qui a lieu au centre des fausses membranes ou des caillots fibrineux, et les dissocie, en donnant lieu à un liquide dont les caractères physiques sont tellement semblables à ceux du pus, que l'examen microscopique lui-même ne permet pas toujours de l'en distinguer avec une netteté suffisante.

Parfois, au lieu d'une matière blanchâtre et puriforme, on peut observer, au centre de la tumeur fibreuse ramollie, de la sanie roussâtre et même du sang, comme l'ont signalé Robert Lee et Hervez de Chégoin.

Les corps fibreux sont tantôt interstitiels, — c'est-à-dire situés dans l'épaisseur de la paroi utérine, au milieu du tissu propre de l'organe, qui les entoure de toutes parts ; tantôt sous-muqueux, c'est-à-dire adhérents d'un côté à la paroi et recouverts de l'autre par la muqueuse — ils font alors saillie dans la cavité utérine ; d'autres enfin sont sous-péritonéaux, — ces derniers se développent à la surface externe de l'utérus et proéminent dans la cavité abdominale.

Les tumeurs fibreuses interstitielles sont habituellement séparées du parenchyme utérin par une couche de tissu cellulaire lamelleux, lâche et facile à déchirer, formant autour d'elles une sorte d'aréole, dont les mailles sont souvent assez dilatées pour ressembler à de petites bourses séreuses. Il en résulte que leur énucléation est facile, et qu'il suffit d'une simple incision, pratiquée sur le tissu utérin qui revêt la tumeur fibreuse, pour pouvoir extraire cette dernière, sans le moindre effort, et la

faire sortir de la sorte de loge, du nid qu'elle occupait (*fig.* 142). Quelquefois pourtant cette énucléation n'est pas aussi simple ni aussi facile et elle ne peut être opérée qu'à grand'peine, en produisant de véritables dé-

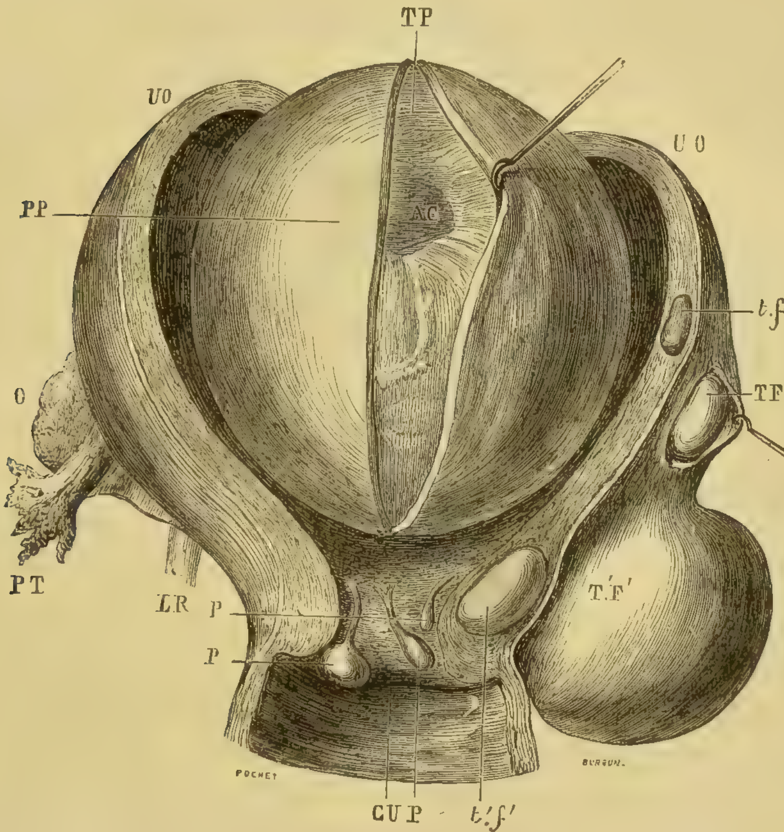


Fig. 142. — Tumeurs fibreuses multiples et polypes glandulaires du col de l'utérus. Incision de la coque fibreuse d'enveloppe faite pour montrer la facilité avec laquelle la tumeur peut s'énucléer (*).

chirements. C'est d'abord lorsque la couche de tissu cellulaire qui entoure le corps fibreux s'est tassée, con-

(*) PP, tumeur fibreuse du corps de l'utérus. — MO, parois utérines; TFT'F'*ff'*, tumeurs fibreuses multiples développées dans les parois utérines: — O, ovaire — PT, pavillon de la trompe — LR, ligament rond. — CU, col utérin. — PPP, polypes glandulaires du col. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 13e livr., pl. VI, fig. 1.)

densée de façon à créer de solides adhérences entre la surface externe de ce corps et la paroi interne de la loge qu'elle occupe, dans l'épaisseur du tissu utérin. C'est

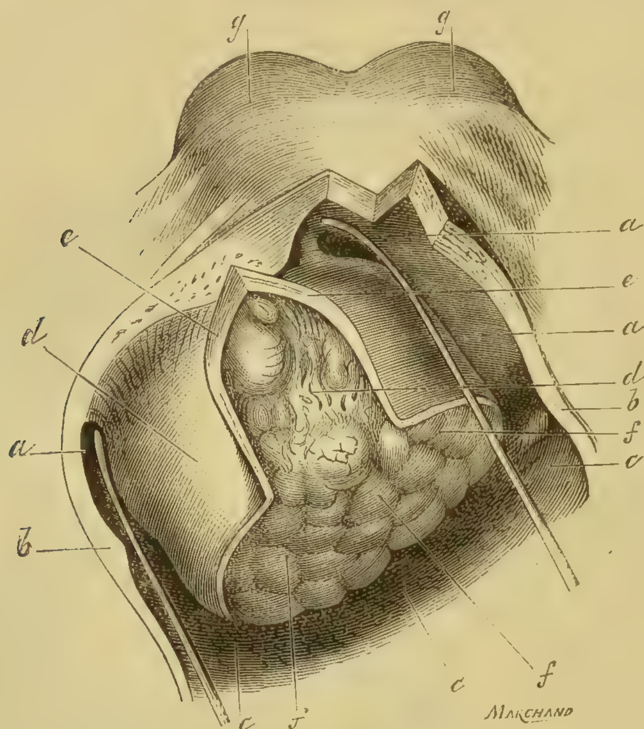


Fig. 143. — Tumeur fibreuse composée de l'utérus (*).

ensuite, et surtout lorsque la tumeur, au lieu d'être simple, est formée par la juxtaposition de plusieurs tumeurs

(*) *AAA*, utérus dilaté par la tumeur. — *BB*, vestiges des lèvres et de l'ouverture du col. — *CCV*, cavité du vagin dilaté par la tumeur. — *DD*, tumeur fibreuse à base large insérée dans l'angle et la partie supérieure de la gouttière droite de la cavité utérine. Elle est formée par la réunion d'une foule de petites tumeurs fibreuses, enveloppées par la muqueuse utérine et une couche de tissu propre de l'utérus *EE*. — *FFF*, coupe transversale de la tumeur dont l'extirpation a été tentée par un chirurgien. — *GG*, angles du corps de l'utérus contenant chacun, au milieu de son épaisseur, une tumeur fibreuse du volume d'une grosse orange. Cette figure extraite de l'Atlas de M. Huguier a été publiée par lui : (*de l'hystérométrie*, Paris, 1865), après avoir été déjà publiée par M. Jarjavay (*Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus*, thèse de concours. Paris, 1850).

séparées à leur origine (*fig.* 143). Alors, la coque fibreuse qui enveloppe toute la masse envoie entre les lobules, formés par chacune des tumeurs primitives, des prolongements analogues à ceux que les capsules fibreuses, enveloppant le foie et le rein, envoient dans l'épaisseur de ces glandes. Les vaisseaux, qui ne pénètrent jamais dans la substance même du fibroïde et qui lui sont toujours extérieurs lorsqu'il est simple, suivent la lame cellulo-fibreuse dans l'épaisseur de laquelle ils sont contenus, et en s'insinuant avec elle entre les divers lobules dont se composent les tumeurs multiples, ils maintiennent plus intimes les adhérences de ces tumeurs avec la paroi utérine et s'opposent à ce qu'elles en puissent être détachées aussi aisément qu'une tumeur simple et unique.

Les tumeurs fibreuses peuvent se développer indistinctement dans tous les points de l'utérus, cependant la paroi postérieure paraît être celle dans laquelle on les rencontre le plus fréquemment. C'est du moins ce qui résulte des relevés fournis par Lee, qui, sur 74 autopsies de tumeurs fibreuses, aurait trouvé 22 fois la paroi postérieure envahie, et par West, qui, sur 96 cas observés pendant la vie, aurait constaté 38 tumeurs de la paroi postérieure. Ce dernier chiffre ne saurait avoir la même importance à mes yeux que le précédent, puisqu'il manque de la sanction anatomique; cependant, il m'inspire infiniment plus de confiance que celui de M. Marion Sims, qui, sur 119 cas de tumeurs diagnostiquées par lui, dit en avoir trouvé 62 dans la paroi antérieure et 36 seulement dans la paroi postérieure. Sans m'arrêter donc à ces derniers renseignements, dont la précision me paraît laisser beaucoup à

désirer, je n'hésite pas à considérer, avec Lebert, les tumeurs de la paroi postérieure comme infiniment plus fréquentes que celles de la paroi antérieure.

Quoique plus rarement affecté que le corps, le col de l'utérus est souvent le siège de tumeurs fibreuses, et on en rencontre jusque dans le prolongement du tissu utérin qui forme l'origine des trompes de Fallope.

Même lorsqu'elles proéminent vers l'une ou l'autre face de la paroi, soit vers le péritoine, pour devenir sous-séreuses, soit vers la cavité utérine, pour devenir sous-muqueuses, les tumeurs fibreuses ont presque toujours été plus ou moins interstitielles à leur origine ; ce qui le prouve, c'est que, même après s'être détachées de la paroi, aussi complètement que possible, elles sont encore recouvertes d'une certaine quantité de fibres utérines. On comprend qu'il n'en puisse être autrement lorsque l'on cherche à se rendre compte de la façon dont se produit la saillie de ces tumeurs, vers la cavité dans laquelle elles vont proéminer. Nées plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la paroi, elles s'y développent en écartant ses fibres de façon à la dédoubler, en quelque sorte, à mesure que leur volume augmente ; elles repoussent ainsi le tissu utérin devant elles et tendent à se faire jour vers le point qui leur offre le moins de résistance. Ce point correspond généralement à la surface dont elles sont le plus rapprochées à leur origine, celle dont une plus mince couche de tissu les sépare ; mais il n'en est pas toujours ainsi et l'on voit quelquefois un corps fibreux, né au milieu d'une paroi, ne s'engager ni du côté du péritoine, ni du côté de la cavité utérine, mais glisser dans l'épaisseur de la paroi qui le renferme, en la dédoublant, pour

venir, après un trajet beaucoup plus long, faire saillie, à travers la lèvre correspondante du col, jusque dans le vagin. Ce qu'il y a de remarquable à ce point de vue, c'est que les corps fibreux, ayant leur implantation sur le col, se pédiculisent toujours du côté de la cavité interne et jamais vers la surface externe, probablement en raison de l'obstacle que leur oppose, de ce côté, la pression exercée par le vagin. D'autres fois, et moins fréquemment, on voit un corps fibreux, parti des couches sous-jacentes à la séreuse, proéminer du côté de la muqueuse et réciproquement.

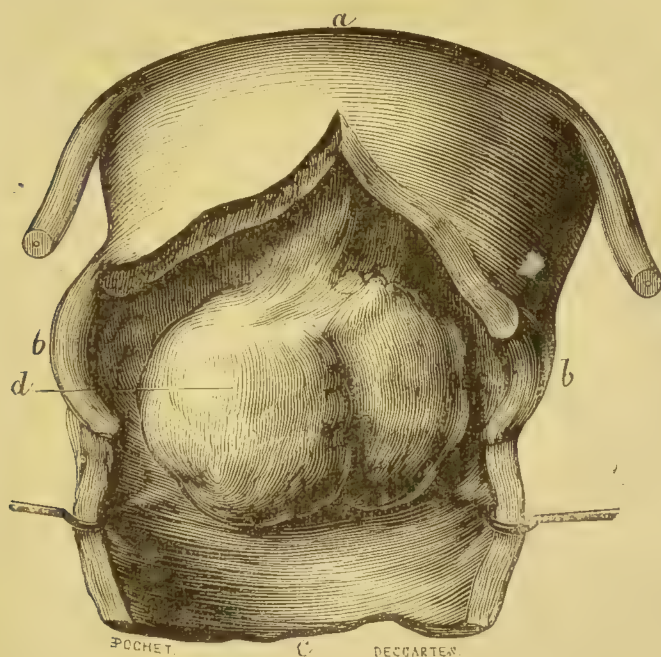


Fig. 144. — Tumeur fibreuse intra-utérine, adhérant à la paroi par un large pédicule (*).

Ces tumeurs, d'abord simplement saillantes sous la

(*) *a*, fond de l'utérus; la paroi antérieure de l'organe est ouverte pour faire voir la tumeur et l'implantation du pédicule. — *bb*, section en deux parties du museau de tanche. — *c*, le vagin. — *d*, le polype (Clarke).

membrane qui revêt la surface vers laquelle elles proéminent et incrustées dans la paroi utérine, peuvent aussi s'en détacher en lui restant adhérentes, tantôt par une très large base (*fig.* 144), tantôt par un simple pédicule, composé uniquement d'un repli de cette membrane et des fibres utérines refoulées en plus ou moins grande abondance au-devant de la tumeur, qui dans le premier cas est dite sessile, et pédiculée dans le second.

La façon dont s'opère ce mouvement de progression est extrêmement intéressante à étudier et s'explique avec la plus grande facilité. Tout corps fibreux qui, par son développement, fait effort pour se détacher de la paroi utérine, dans l'épaisseur de laquelle il a pris naissance, pour se porter, tant vers le péritoine que vers la cavité utérine, rencontre d'abord un obstacle dans les fibres utérines elle-mêmes, dont les contractions s'opposent à sa migration. Mais cette résistance finit par céder ; la paroi s'amincit d'abord au devant du corps fibreux, puis elle s'écarte en lui livrant passage, mais sans se rompre. A dater du moment où la paroi a cédé, si la tumeur — qui, vous vous le rappelez, est de forme sphéroïdale — parvient à écarter les fibres utérines et à s'insinuer entre elles de toute la moitié de son épaisseur, c'est-à-dire jusqu'à ce que son grand diamètre soit compris entre leur écartement, alors les contractions de ces fibres utérines facilitent la progression de la tumeur au lieu de lui faire obstacle. En effet, ces contractions ont pour conséquence de provoquer le resserrement de la sorte de boutonnière à travers laquelle la tumeur a fait hernie, et, par suite, de la repousser en dehors de cette bouton-

nière, en la faisant glisser, comme un noyau ou une bille, que l'on pousserait entre les doigts. Mais, comme la tumeur est recouverte par une membrane d'enveloppe et aussi par quelques fibres utérines qu'elle a refoulées au-devant d'elle, elle ne ne se détache pas complètement de la paroi utérine et lui reste adhérente par un pédicule plus ou moins volumineux.

Quelquefois ce pédicule se rompt, et, s'il s'agit d'une tumeur péritonéale, elle reste flottante dans l'abdomen, où elle continue à vivre de la même vie incomplète que les corps étrangers intra-articulaires, avec lesquels elle présente les plus grandes analogies de structure et de développement.

Si, au contraire, la tumeur fait saillie du côté de la cavité utérine, elle constitue un polype fibreux, dont le pédicule peut également se rompre spontanément, ce qui permet à la tumeur d'être expulsée au dehors, par le vagin (*fig.* 145). Les cas dans lesquels les choses se passent ainsi, sans être très fréquents, ne sont pas cependant extrêmement rares. M. Marchal, de Calvi (1), a pu en réunir 24 observations, et depuis la publication de son mémoire la science s'est enrichie de plusieurs faits nouveaux. Cette expulsion peut être favorisée par le travail de l'accouchement, mais elle a lieu aussi, même

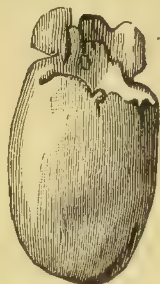


Fig. 145. — Polype expulsé spontanément (*).

(*) Il a un corps et un pédicule. Ce dernier est lisse d'un côté et présente, à l'autre, une déchirure qui donne une idée de la manière dont le détachement s'est effectué. (Marchal, de Calvi.)

(1) Marchal (de Calvi), *Guérison spontanée d'un polype utérin* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1842-43, tome VIII, p. 658).

quand l'utérus est à l'état de vacuité. Copland a cité, à la Société médico-chirurgicale de Dublin (1), une observation dans laquelle il a vu deux tumeurs fibreuses être successivement expulsées au dehors, à peu d'intervalle l'une de l'autre, sous l'influence de l'administration du biborate de soude.

L'utérus, qui est le siége de tumeurs fibreuses, présente des altérations de deux ordres, sur lesquelles il importe que j'arrête un instant votre attention. Les unes consistent en de simples changements de rapports ou de forme, dus à des tiraillements exercés par la tumeur fibreuse; les autres sont des modifications importantes de structure, ayant une corrélation intime avec le développement de ces corps étrangers, et peuvent, suivant les cas, être considérées comme la conséquence de sa production ou comme l'ayant précédée et l'ayant préparée.

Lorsque le corps fibreux est très peu volumineux, il n'exerce qu'une influence inappréciable sur la forme et la direction de l'utérus. S'il se développe de façon à acquérir des dimensions moyennes, il agit en vertu de son poids pour attirer l'utérus du côté vers lequel il lui est attaché ; et alors, suivant qu'il s'implante plus ou moins haut, ou il fait basculer l'utérus en totalité (pour produire, soit une antéversion, soit une rétroversion, soit une latéro-version), ou il attire seulement la partie supérieure du corps de l'utérus, qu'il force à se fléchir sur les parties inférieures (ce qui donne lieu soit à une anté-flexion, soit à une rétro-flexion, soit à une latéro-flexion).

(1) Copland, *Dublin médical Press*, 19 avril 1854.

Plus tard, lorsque la tumeur a pris un développement plus considérable, au lieu d'attirer l'utérus à elle, elle le refoule du côté opposé et les déviations auxquelles elle donne lieu, se produisent en sens inverse

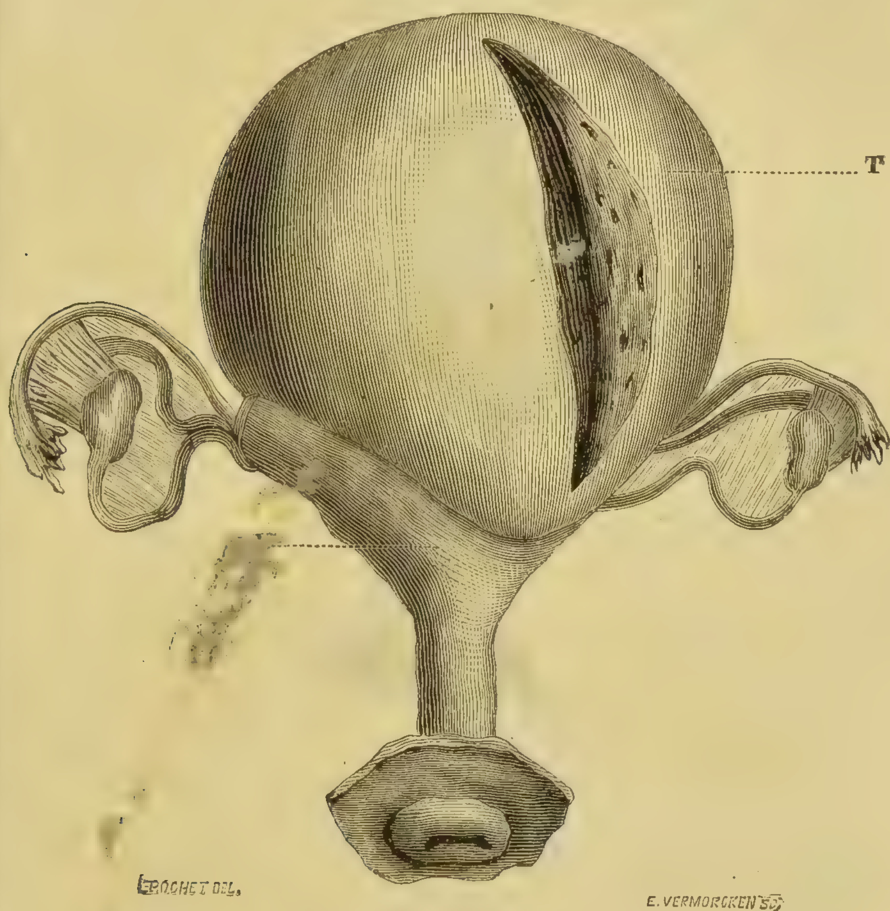


Fig. 146. — Tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure de l'utérus (*).

de celles que je viens de vous indiquer (*fig.* 146). Si la tumeur est saillante du côté du péritoine, et si, en se développant, elle acquiert un volume qui ne lui per-

(*) U, corps de l'utérus refoulé en avant et à droite. — T, tumeur fibreuse incisée suivant son diamètre vertical. (Dessin par M. Rosapelly.)

mette plus d'être contenue dans le petit bassin, elle remonte au-dessus du détroit supérieur et attire l'utérus qui peut s'allonger en quelque sorte indéfiniment pour la suivre, comme cela avait lieu dans le cas de tumeur fibreuse du poids de 26 kilogrammes, dont je vous ai précédemment parlé (1). Si, au contraire, la

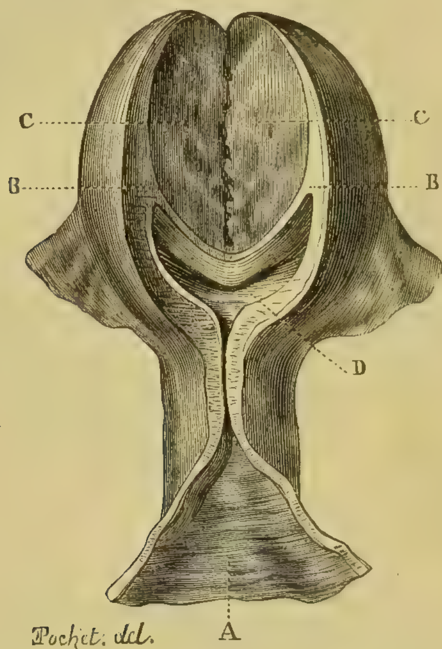


Fig. 147. — Tumeur fibreuse développée à l'intérieur de la cavité utérine (*).

tumeur fait saillie dans la cavité utérine, on la voit déprimer le fond de l'utérus, lorsqu'elle lui adhère (*fig.* 147), et l'entraîner de haut en bas en le forçant à se rapprocher du col qui se dilate ensuite et s'efface pour lui livrer passage. Ce travail d'effacement du col,

(*) A, vagin ; il a conservé sa forme et sa longueur. — B, enveloppe de la tumeur fibreuse. — C, coupe de cette tumeur. — D, portion de la cavité utérine restée libre. (Musée Dupuytren, n° 366.)

(1) Voy. *fig.* 141, p. 836.

analogue à celui qui a lieu vers la fin de la grossesse, se produit inévitablement dans tous les cas où la tumeur intra-utérine est assez volumineuse, et se présente à cet orifice pour passer jusque dans le vagin.

Dans tous les cas, et quelle que soit la surface vers laquelle la tumeur tende à se porter, la cavité utérine est notablement agrandie. Cet agrandissement peut être masqué par la présence de la tumeur remplissant la cavité qui a été dilatée pour la recevoir ; il se peut même que, par la façon dont elle proémine dans cette cavité, la tumeur diminue considérablement un de ses diamètres (*fig.* 147), mais les autres sont alors augmentés dans une proportion plus considérable. Cependant on cite quelques cas d'effacement de la cavité utérine par la présence d'une tumeur fibreuse, et M. Laboulbène en a publié un exemple fort remarquable (1) dans lequel cette cavité avait complètement disparu. Ces faits sont tellement contraires à la règle habituelle qu'il reste toujours à se demander si l'effacement de la cavité utérine ne dépendrait pas, en cas pareil, des adhérences établies entre la tumeur et la paroi opposée, plutôt que d'une atrésie véritable de cette cavité.

L'augmentation des dimensions de la cavité utérine s'accompagne forcément d'un accroissement simultané de tout l'organe, à ce point qu'il y a une véritable hypertrophie de l'utérus. Cette hypertrophie porte sur les parois, qui sont généralement épaissies et dont l'épaississement est dû à l'accroissement de tous les tissus qui les composent. Il y a donc non seulement *prolifération du tissu conjonctif*, comme dans la métrite

(1) Laboulbène, *Gazette médicale*, 1869.

chronique, mais *augmentation des fibres musculaires* et *formation nouvelle de vaisseaux sanguins.*

Ce ne sont pas là les seules modifications anatomi-

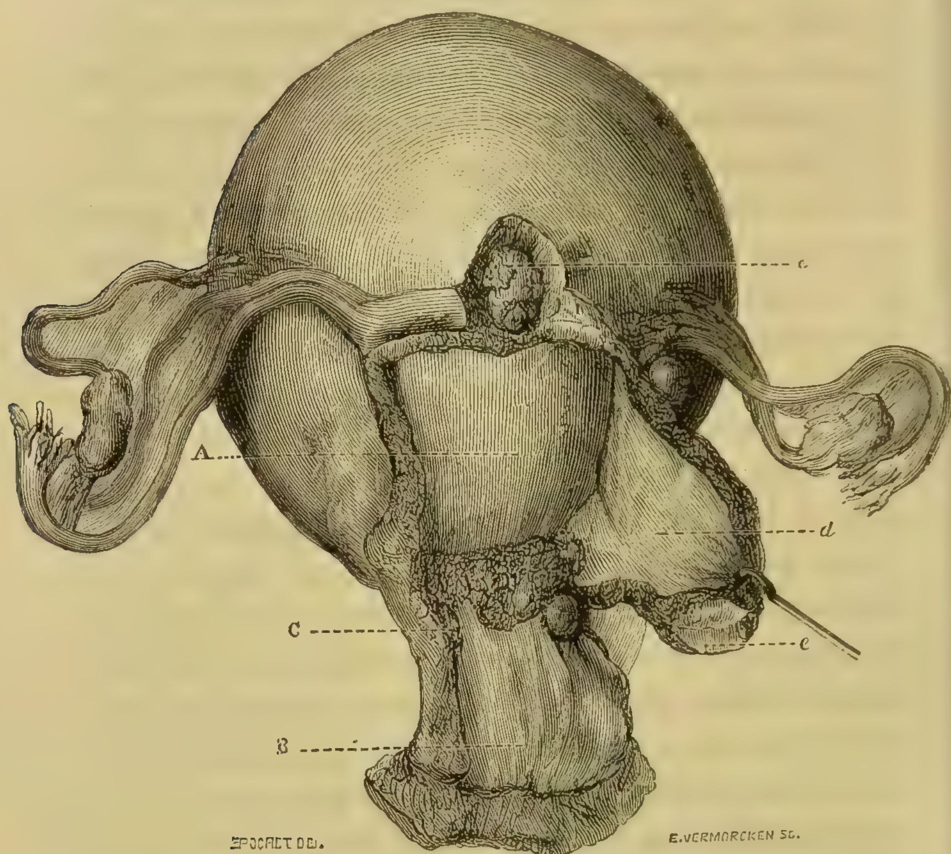


Fig. 148. — Tumeur fibreuse occupant le fond et la paroi postérieure de l'utérus qui est ouvert pour montrer sa cavité (même pièce que la figure 146) (*).

ques que nous ayons à relever ; celles qui se passent du côté de la muqueuse sont au moins aussi intéressantes

(*) A, cavité du corps de l'utérus. — B, cavité du col. — C, orifice interne du col au niveau duquel se trouvent des fongosités. — *d*, Paroi antérieure de l'utérus, détachée et relevée pour montrer l'intérieur de la cavité utérine. — *e*, *e*, deux tumeurs fibreuses plus petites siégeant, l'une sur le fond de l'utérus, l'autre dans la paroi antérieure, à la réunion du corps avec le col.

à connaître, et leur étude mérite de nous arrêter un instant. Pour que cette étude vous soit tout à fait fructueuse, je tiens à la faire avec vous, sur des pièces anatomiques toutes fraîches.

Voici trois utérus présentant des tumeurs fibreuses de divers volumes, que les circonstances m'ont permis de recueillir, juste à point pour cette démonstration.

Sur le premier, provenant d'une femme morte de tuberculisation généralisée, vous pouvez constater outre les corps fibreux eux-mêmes, toutes les lésions qui coïncident le plus habituellement avec eux. C'est ainsi que les parois de l'organe, au lieu d'offrir à la coupe l'aspect blanc nacré qu'elles ont à l'état sain, présentent, au contraire, une teinte rosée, indice évident de l'inflammation qui accompagne les produits néoplasiques; les orifices de section des veines utérines sont très dilatés. La muqueuse qui tapisse la cavité de l'utérus est épaisse, injectée, on y trouve en un mot toutes les lésions anatomiques de la métrite interne : rougeur, teinte ardoisée, petites ecchymoses sous-muqueuses, dilatation glandulaire et dans le corps et dans le col. Nous remarquons aussi dans cette cavité de petites tumeurs pédiculées, très différentes des polypes fibreux, et dans lesquelles il ne vous est pas possible de ne pas reconnaître les polypes muqueux, que je vous ai décrits comme une des nombreuses altérations qui se développent sous l'influence de la métrite interne. Au niveau de l'orifice interne, qui du reste est rétréci, se trouve un de ces polypes. C'est une petite tumeur molle, blanchâtre, pédiculée, faisant saillie dans la cavité utérine.

Enfin, plus haut, adhérente à la paroi utérine, existe une petite tumeur rougeâtre, différant tout à la

fois et de ces polypes muqueux, et des polypes fibreux ; elle a la forme d'un haricot, et l'aspect d'un caillot sanguin. Sa surface est lisse et brillante, son extrémité supérieure est manifestement adhérente à la muqueuse par de petites brides blanchâtres qui se prolongent à la surface de ce polype, que j'appellerais volontiers fibrineux, et semblent même pénétrer dans son intérieur. Près de cette petite tumeur pédiculée, il y a, sous la muqueuse, un piqueté sanguin très manifeste et qui ne disparaît en aucune façon sous un filet d'eau prolongé.

Le second de ces utérus a appartenu à une femme de 66 ans, morte de rétrécissement aortique, le lendemain de son entrée à l'hôpital. Dans la paroi antérieure existe un corps fibreux interstitiel de la grosseur d'un noyau d'abricot, faisant saillie à l'extérieur, mais qu'on ne peut apercevoir distinctement qu'après avoir fait une boutonnière, en incisant verticalement les fibres utérines elles-mêmes et en les écartant ; ce qui permet d'énucléer facilement ce corps fibreux. Il ne fait donc aucune saillie dans la cavité utérine, au contact de laquelle n'arrive pas davantage une autre tumeur fibreuse, moins volumineuse encore que la précédente et qui est située dans l'aileron antérieur du ligament large gauche. Et cependant, on trouve dans cette cavité un polype d'aspect plutôt fibrineux que muqueux, ayant la forme et les dimensions d'une petite feuille lancéolée, situé le long de la paroi latérale droite de l'utérus. Ses faces sont criblées de vacuoles, son pédicule est mince et, si on le renverse, on voit des tractus blanchâtres venant se rendre sur sa face postérieure pour la faire adhérer avec la muqueuse de l'utérus.

Sur la troisième pièce (1) vous remarquez d'abord, comme sur les précédentes, l'épaississement des parois utérines qui en certains endroits ont plus de 15 millimètres; puis la dilatation de la cavité utérine, dont la surface interne est parsemée d'un grand nombre de vacuoles, surtout au niveau de la face postérieure, qui est occupée par une tumeur grosse comme une noix enveloppée de sa coque charnue ; cette tumeur est un corps fibreux interstitiel. Quand on incise l'utérus suivant les bords latéraux, on partage en deux vers le bord droit de l'organe quelques tumeurs plus petites et de même nature, présentant à la coupe un aspect blanchâtre, fibroïde.

Dans le ligament large gauche, entre la trompe et l'ovaire, on trouve un foyer purulent qui avait été la source d'une péritonite généralisée à laquelle succomba la malade. La trompe du même côté était allongée et dilatée par une matière puriforme.

Enfin, et c'est ce qui donne à cette pièce un grand intérêt, il existe dans la cavité utérine trois polypes d'aspect semblable à ceux que nous avons trouvés sur les pièces précédentes et dont les dimensions sont remarquables. L'un d'eux, dont le pédicule mince est inséré à l'union du corps et du col, occupe la partie supérieure de la cavité du col; c'est le plus volumineux des trois ; il est aplati, présente, sur ses faces postérieure et antérieure, des vacuoles, et sur la dernière un petit kyste. Sa forme est ovoïde, sa couleur d'un blanc rosé. — Les deux autres, situés au niveau du bord supérieur de l'organe, adhérents à la muqueuse au niveau de la face an-

(1) *Fig*. 90, p. 479.

térieure, sont, surtout le droit, d'un rouge foncé. Ce dernier a tout à fait l'aspect d'un caillot sanguin, qui aurait contracté des adhérences avec la muqueuse utérine.

Ces petits polypes que je viens de vous montrer, ne sont autre chose que les polypes fibrineux décrits pour la première fois par Velpeau. Ce qui me frappe surtout dans leur organisation, c'est que, si je les ai rencontrés assez souvent à l'autopsie, sans les avoir jamais diagnostiqués à l'avance sur le vivant, je ne les ai jamais trouvés que sur des utérus affectés en même temps de tumeurs fibreuses. D'où vient cette corrélation ?

La métrorrhagie est un des symptômes essentiels des tumeurs fibreuses utérines, et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'hémorrhagie ne provient pas de la surface même du corps fibreux, — qui peut bien se ramollir et se putréfier quand, une fois descendu dans le vagin, sous forme de polype, il y est mis en contact avec l'air extérieur, ce qui donne lieu alors à un écoulement séreux et non sanguin ; — elle vient de la muqueuse même de l'utérus. Elle se produit parce que cette muqueuse est enflammée, parce qu'il y a métrite interne, et vous n'avez pas oublié que la métrorrhagie est le phénomène essentiel de la métrite interne. Mais, tandis que, dans la métrite interne simple, le sang extravasé s'écoule librement au dehors ; dans celle qui accompagne les tumeurs fibreuses il y a souvent oblitération plus ou moins complète des orifices, obstrués ou déformés par la présence même des corps fibreux. Alors, le sang s'arrête dans la cavité utérine et rien ne s'oppose à ce qu'il y subisse un travail d'organisation analogue à celui que des caillots sanguins, qui ont absolument la même constitution, subissent dans

les vaisseaux veineux ou même artériels. Cette manière d'expliquer le mode de formation des polypes fibrineux, qui est admise par Kiwisch, me semble toute naturelle, elle se déduit logiquement de ce que nous apprend la physiologie pathologique et je la trouve plus conforme à la vérité des faits que celle qui a été proposée par de Scanzoni (1), qui les considère comme des débris de placenta, ou des produits de conception incomplètement développés.

J'ai observé un fait qui est loin de trancher la question, comme vous l'allez voir, et que je tiens à vous rapporter avec quelques détails, car il permet au moins de la poser avec toutes ses hésitations et ses difficultés.

Au mois de novembre 1873, j'avais dans mon service, au n° 6 de la salle Sainte-Geneviève, une femme de 28 ans, d'une constitution un peu strumeuse, qui était entrée à l'hôpital pour se faire soigner d'une métrorrhagie abondante datant déjà de sept jours. Elle avait eu antérieurement sept grossesses terminées, trois par des accouchements et quatre par des avortements, s'étant succédé dans l'ordre suivant : à 19 ans, avortement à quatre mois et demi ; à 20 ans, deuxième avortement à six mois et demi ; à 21 ans, accouchement à terme, garçon vivant et bien portant ; à 23 ans, deuxième accouchement à terme, encore un garçon ; à 25 ans, troisième fausse couche à deux mois et demi suivie d'une perte qui dura deux jours seulement ; à 26 ans, troisième accouchement à terme, fille bien portante ; cinq mois seulement après ce dernier accouche-

(1) De Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, p. 234.

ment il y aurait eu un quatrième avortement, mais celui-là à deux mois et demi seulement. Après avoir éprouvé les mêmes symptômes qu'au début de toutes ses autres grossesses, elle a été prise subitement et sans cause connue d'une métrorrhagie excessive qui a duré neuf jours, et dans le cours de laquelle elle a rendu de nombreux et gros caillots qui malheureusement n'ont pas été examinés.

Sa santé s'était parfaitement rétablie et ses règles avaient repris leur cours normal lorsqu'elles se supprimèrent de nouveau, en même temps qu'apparurent les signes d'une grossesse commençante ; la dernière menstruation remontait au mois d'août ; le ventre avait même commencé à se gonfler légèrement lorsque, le 4 novembre, survint une hémorrhagie s'accompagnant de douleurs abdominales vives ; jusqu'au 11 cette hémorrhagie ne présenta rien d'anormal ; mais ce jour-là on trouva au milieu des caillots une masse sphéroïdale ou plutôt piriforme ayant le volume et l'aspect d'une tête de fœtus de quatre à cinq mois avec laquelle elle fut un instant confondue parce qu'elle présentait à une de ses extrémités une sorte de pédicule déchiré ayant un peu l'apparence qu'aurait eue le cou après la détroncation. Sa coloration générale était d'un brun sombre à reflets un peu grisâtres, couleur d'acier, prenant un aspect jaunâtre au niveau du pédicule qui offrait une consistance plus grande que le reste de la masse, laquelle avait en résumé l'apparence d'un gros caillot sanguin. Mais ce caillot était enveloppé d'une membrane hyaline assez résistante, et en la coupant je ne fus pas peu surpris de voir que cette membrane envoyait des prolongements dans son inté-

rieur en le divisant en un nombre assez considérable de loges (25 ou 30) ovoïdes, renfermant chacune un caillot isolé des autres et ayant tous à peu près la forme ainsi que les dimensions d'une olive. Le tout formait une masse agglomérée et tremblotante, comme gélatineuse.

Je soumis ce produit à l'examen de M. Grancher, qui me fit remettre la note suivante :

« J'ai examiné une masse brune, molle, friable, ayant tout à fait l'aspect d'un caillot déjà ancien ; cette petite masse est elle-même formée de plusieurs fragments, et, en cherchant à les détacher, on tire sur une sorte de membrane transparente qui, examinée au microscope, donne la constitution histologique suivante :

« Des cellules blanches du sang très abondantes, arrondies, se colorant au carmin, et placées les unes près des autres, dans un fin réseau à grandes travées de tissu conjonctif. Çà et là ces cellules sont pressées les unes contre les autres sur une rangée, rappelant la structure d'un vaisseau embryonnaire.

« On trouve, en un mot, ici le tissu ordinaire d'une néo-membrane jeune. Soumis à l'action de l'acide acétique, ce tissu s'éclaircit dans son ensemble et se gonfle sans se dissoudre.

« La masse même du caillot est composée au contraire d'une substance brune qui s'écrase facilement sous la lamelle de verre en une émulsion brunâtre dans laquelle on peut reconnaître des globules sanguins altérés, à demi détruits, et des masses pigmentaires informes. Sous l'action de l'acide acétique ce pigment brunit comme celui du sang.

« *Nota.* Les cellules blanches qui se colorent au

carmin sont les mêmes en apparence que celles de toute néo-membrane. Viennent-elles du sang ? Sont-elles de nouvelle formation ? Je l'ignore, en tout cas elles paraissent en voie de prolifération active, si on en juge par le volume de leur proto-plasma et l'apparence souvent double du noyau.

« En résumé, le pédicule et la membrane d'enveloppe sont formés surtout de fibrine non organisée et d'un peu de tissu conjonctif à grandes cellules, appartenant peut-être à la membrane muqueuse utérine.

« La membrane qui revêt les caillots intérieurs, et les sépare pour ainsi dire entre eux, est un tissu conjonctif présentant des prolongements en forme de massue qui pénètrent dans le caillot.

« La face externe de cette membrane est lisse ; la face interne en rapport avec les caillots présente seule ces prolongements filamenteux à terminaison ovoïde et formés de tissu conjonctif avec revêtement épithélial.

« Les caillots contenus daas cette membrane ne sont que des caillots sanguins plus ou moins anciens. »

Comme vous le voyez, Messieurs, même après l'examen fait par un histologiste aussi habile et expérimenté que M. Grancher, la question reste toujours aussi indécise qu'elle l'était auparavant ; il nous dit bien que pour lui la formation de ce produit est probablement le résultat d'une grossesse, mais il ne le démontre pas d'une façon tellement nette qu'il doive dissiper tous les doutes, et en homme sage et prudent, il fait des réserves qui permettent aux convictions contraires de se produire et de se défendre même contre lui ; c'est ainsi qu'il résume son opinion :

« Je crois pouvoir affirmer qu'il s'agit bien là de

cotylédons, quoique *le revêtement épithélial qui en serait la preuve absolue soit détruit en très grande partie.* Je me base surtout, pour émettre cette opinion, sur la face lisse et la face bourgeonnante nettement opposées ainsi que sur la disposition en massue des bourgeons conjonctifs. »

C'est là une opinion dont je ne méconnais ni l'importance ni la valeur, mais qui n'a pas, comme vous le voyez, toute la force d'une démonstration. Je suis donc, même après l'avoir enregistrée, toujours autorisé à faire des réserves, et je les fais avec d'autant plus d'insistance que suivant jusqu'au bout les déductions que l'on pouvait tirer de l'idée que je m'étais faite de la façon dont se peuvent former les polypes fibrineux (1), je m'étais demandé après Velpeau (2) si la production des tumeurs fibreuses ne pourrait pas s'expliquer par un mécanisme analogue, et s'il ne serait pas possible d'en attribuer le développement au travail morbide résultant de la présence d'un caillot sanguin déposé dans la trame du tissu utérin.

J'ai demandé la solution de ce problème à la science moderne, et voici ce qui m'a été répondu par M. Grancher qui est, je le répète, un de ses représentants les plus compétents et les plus autorisés :

« *Il est très possible que la formation de polypes fibreux commence par une hémorrhagie, laquelle déterminerait autour d'elle (soit dans l'épaisseur du tissu utérin, soit à la surface de la muqueuse) une irritation avec néo-formation conjonctive qui abou-*

(1) Voyez première édition, p. 520.

(2) Velpeau, in *Dictionnaire*, en 30 volumes, t. XXVI, 1842, p. 173. Art. PROSTATE.

tirait au corps fibreux. Mais il m'est impossible de dire exactement ce qui en est, n'ayant jamais eu l'occasion de suivre les transformations successives d'un caillot dans des conditions semblables. La seule chose qui soit actuellement acceptée et démontrée, c'est l'impuissance du caillot sanguin ou de la fibrine à s'organiser par leurs propres forces. Dans l'oblitération fibreuse d'une artère, après ligature, par exemple, le tissu conjonctif nouveau se forme tout entier aux dépens d'une végétation des parois vasculaires.

« En ce qui concerne le cas présent, il me paraît rationnel d'admettre l'opinion d'une grossesse avec hémorrhagie placentaire et non celle d'un caillot en voie d'organisation. Cependant il est permis de se demander si une portion de ces caillots restant fixée dans la muqueuse ne pourrait pas devenir plus tard la cause du développement d'un corps fibreux : à cela je ne saurais donner aucune réponse positive. »

D'où il résulte, Messieurs, que cette très importante question de physiologie pathologique n'est pas encore résolue, malgré tout l'intérêt qu'elle présente ; je vous la livre avec l'espoir qu'il se trouvera parmi vous un esprit chercheur et laborieux qui s'appliquera à l'étudier de façon à pouvoir la faire sortir de l'obscurité et du vague qui l'entourent encore en ce moment.

Les tumeurs fibreuses, dont nous avons étudié la composition anatomique, donnent lieu à un certain nombre de symptômes que nous allons trouver chez notre malade du n° 13, et, pour que vous puissiez mieux en suivre l'énumération, je commence par les signes objectifs, qui ne sont, à proprement parler,

autre chose que de véritables constatations anatomiques faites sur le vivant.

En examinant l'abdomen de cette femme, vous pouvez, tout d'abord, remarquer qu'il présente une déformation très notable, et qu'une tuméfaction, très sensible à l'œil, existe au niveau de la fosse iliaque gauche. La palpation révèle en ce point la présence d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus, saillante au-dessus de l'arcade crurale, dure, régulière, à peine douloureuse et ne présentant aucune fluctuation. La peau glisse très librement sur elle et ne lui adhère en aucun point. Si on cherche à atteindre l'extrémité inférieure de cette tumeur, en insinuant aussi loin que possible l'extrémité des doigts sur son pourtour — ce qui est facile vu la flaccidité de la peau de l'abdomen — on pénètre entre elle et les parois pelviennes, et on s'assure ainsi qu'elle est parfaitement isolée des os. Mais alors on constate qu'il existe à sa droite une autre tumeur plus petite, de même consistance, qui lui adhère intimement. Ces deux tumeurs, qui sont ainsi juxtaposées, présentent une certaine mobilité, mais elles se déplacent ensemble et les mouvements imprimés à l'une se communiquent à l'autre. Elles sont solides et donnent, sous le doigt qui les presse, une certaine résistance élastique sans aucune fluctuation ; elles rendent un son parfaitement mat à la percussion.

L'auscultation pratiquée sur leur surface et sur leur pourtour ne permet d'y percevoir aucun bruit de souffle ; et ne vous étonnez pas, Messieurs, qu'il en soit ainsi, car, en dépit de ce qui a été dit et écrit à propos des bruits de souffle dus à la compression des vaisseaux iliaques, je n'ai jamais eu occasion de constater ces

bruits de façon à croire qu'ils puissent en aucun cas être confondus avec le souffle utéro-placentaire. Je me trouve en cela d'accord avec West, qui, sur 96 cas de tumeurs fibreuses, n'a rencontré qu'une seule fois un bruit de souffle, mais dont les caractères étaient assez différents de ceux du souffle de la grossesse pour permettre de l'en distinguer sans la moindre hésitation.

Par le toucher vaginal, nous constatons, à 4 centimètres de la vulve, une tumeur de même consistance que celle que l'on perçoit par la palpation abdominale. Le doigt peut facilement la contourner, sans produire une douleur bien vive, et, dans ce mouvement, il se trouve plus serré à gauche qu'à droite, lorsqu'il cherche à remonter jusqu'au cul-de-sac latéral, entre la paroi externe et la tumeur. A gauche, on ne sent que le repli vaginal au fond du cul-de-sac, et il n'existe aucune saillie rappelant le col utérin. Sur le côté droit, au contraire, on rencontre une sorte de bourrelet assez résistant, qui embrasse la tumeur dans une partie de son pourtour et en est séparé par une rainure dans laquelle l'extrémité unguéale du doigt peut s'insinuer. Cette fente m'a paru être l'orifice du col utérin et, pour m'en assurer, j'ai pratiqué le cathétérisme. L'hystéromètre, dirigé le long du doigt, vers le bourrelet que je viens de vous indiquer, et insinué dans la fente qui le sépare de la tumeur, a pénétré jusqu'à 12 centimètres de profondeur, son extrémité supérieure étant dirigée vers le côté droit de la malade et en avant, tandis que le manche se portait fortement vers la cuisse gauche et en arrière.

Cette exploration m'a permis de conclure que, des deux tumeurs dont la palpation nous avait révélé la

présence à la région hypogastrique, la plus petite, celle qui est dirigée à droite, est le corps de l'utérus. Quant à l'autre, celle qui existe à gauche, remplissant une partie de la fosse iliaque et presque toute l'excavation pelvienne, elle se continue bien manifestement avec celle que nous retrouvons par le toucher vaginal, car les mouvements imprimés à sa partie supérieure se communiquent directement à sa partie inférieure et sont perçus, sans la moindre difficulté, par les doigts placés soit dans le vagin, soit dans le rectum ; puis, on ne rencontre aucune dépression, aucune anfractuosité pouvant permettre de soupçonner une solution de continuité entre ces deux masses.

Quant au siège de cette tumeur, il est assez facile de le préciser en tenant compte des renseignements fournis par le toucher et par le cathétérisme; renseignements que l'examen au spéculum a complétés sans y rien ajouter, puisqu'il nous montre seulement le vagin rempli dans sa totalité par une tumeur rouge, lisse, régulière, ne présentant ni bosselures, ni ulcérations, ni solution de continuité, et qu'il ne nous permet pas de découvrir ni le col utérin ni son orifice. Même avec le spéculum univalve de Sims il ne m'a pas été possible d'arriver à voir le bourrelet saillant, dont le toucher m'a révélé la présence à droite de la tumeur. Mais, tenant compte de la présence de ce bourrelet et de la direction de la cavité dont il limite l'orifice, il est permis d'établir qu'il est formé par une des lèvres du col aplatie, distendue et embrassant l'autre lèvre, dans l'épaisseur de laquelle se trouve la tumeur qui remplit le vagin. Cette tumeur est donc inférieurement formée par la lèvre postérieure et la partie gauche du col

de l'utérus. Mais quelles peuvent être supérieurement ses connexions avec le reste de l'organe? Puisqu'elle se prolonge jusque dans la fosse iliaque gauche, refoulant à sa droite le corps de l'utérus, dont le cathétérisme nous a indiqué la situation, on doit penser que cette tumeur qui, inférieurement, fait saillie dans le vagin, ayant repoussé devant elle une couche plus ou moins épaisse de fibres utérines, fait supérieurement saillie dans la cavité abdominale, recouverte peut-être encore par une couche semblable de fibres, qui la séparent du péritoine, auquel il est même possible qu'elle soit immédiatement appliquée. Nous aurions donc une tumeur adhérente au bord gauche de l'utérus, développée très probablement dans l'épaisseur de la paroi latérale gauche de l'organe et un peu aux dépens de sa paroi postérieure, mais s'étant accrue dans les deux sens et faisant saillie, en même temps, et du côté du vagin et du côté de l'abdomen.

Le premier point me paraît pouvoir être établi d'une façon incontestable, car, s'il ne s'agissait pas d'une tumeur fibreuse, quelle autre affection pourrait donner lieu à des signes physiques tels que ceux que nous venons de relever? Ce ne pourrait être ni un cancer, ni une tumeur siégeant dans le ligament large et intéressant ou l'ovaire, ou la trompe.

Un cancer du volume de la tumeur que nous avons sous les yeux, présenterait inévitablement des végétations nombreuses, avec une surface ulcérée, et donnerait lieu à un écoulement fétide caractéristique, qui nous fait ici complètement défaut. Notre malade a bien eu, il est vrai, quelque temps avant son admission à l'hôpital, un écoulement séreux qui, par sa consistance,

pourrait faire songer à l'écoulement ichoreux du cancer, mais il n'en avait nullement l'odeur fétide. De semblables écoulements, purement séreux, sont du reste assez fréquents dans les cas de tumeurs fibreuses, où ils alternent avec les métrorrhagies.

En dehors des kystes de l'ovaire, que le fait seul de la fluctuation nous permettrait de distinguer, les tumeurs que l'on rencontre au voisinage de l'utérus et qui affectent, soit l'épaisseur des ligaments larges, soit l'ovaire, soit la trompe, sont en général ou des tumeurs inflammatoires, ou plus rarement des tumeurs sanguines. Ces dernières, indépendamment de leur marche et de leur mode de développement, sur lesquels nous n'avons pas à nous arrêter en ce moment où nous ne nous occupons que des signes fournis par l'exploration physique, — déterminent, autour d'elles, un empâtement œdémateux produisant, sous le doigt, une sensation bien différente de celle fournie par la tumeur lisse, régulière, arrondie et résistante que nous rencontrons ici.

Nous arrivons donc, par exclusion de tout autre état morbide capable de donner lieu à des signes physiques semblables à ceux que nous venons de constater, à établir que nous ne pouvons avoir affaire qu'à une tumeur fibreuse de l'utérus, affectant la forme, le volume et les connexions que je vous ai indiqués.

Lorsque la tumeur occupe un autre point de l'organe, ou affecte des dimensions différentes, les signes auxquels elle donne lieu ne sont plus exactement ceux que nous venons d'observer, et, dans certains cas, ces signes peuvent se modifier ou s'altérer de telle façon que le diagnostic présente des difficultés à peu près insurmontables, que nous n'avons pas rencontrées

dans le cas actuel. Ainsi, lorsque la tumeur, qui occupe l'épaisseur d'une des lèvres du col, ne fait que commencer à apparaître; avant de devenir saillante dans le vagin, elle déforme le museau de tanche, rend plus proéminente la lèvre dans l'épaisseur de laquelle elle est contenue, refoule l'orifice du côté opposé, lui donne la forme d'une fente plus ou moins allongée transversalement et cependant assez entr'ouverte pour permettre l'introduction du doigt. Si, au contraire, deux tumeurs, même de dimensions différentes, proéminent à la fois, siégeant des deux côtés, l'orifice peut être refermé et devenir fort difficile à trouver par le doigt qui contourne ces bosselures.

Souvent, les tumeurs fibreuses, situées dans l'épaisseur des parois du corps de l'utérus, au-dessus des insertions du vagin, et légèrement saillantes du côté de la surface externe de l'organe, ne donnent sous le doigt qu'une sensation assez vague, pour qu'il ne soit pas toujours possible de bien préciser leur naturel et leur siège.

Vous avez vu que, malgré l'importance des signes fournis par la palpation et par le toucher, je n'ai pas voulu m'en tenir exclusivement à eux pour porter mon diagnostic, dans le cas qui nous occupe, et que j'ai dû faire appel à un autre moyen d'exploration. Ce n'est pas le spéculum qui m'est venu en aide, mais bien le cathétérisme utérin. Il nous a permis de reconnaître à la fois, et la présence de l'orifice du col, dans un point où, sans lui, nous n'avions pu que la soupçonner, et la direction qu'affecte l'utérus en même temps que ses rapports avec la tumeur, et enfin l'agrandissement du diamètre de la cavité utérine. Cette augmentation des dimensions de la cavité utérine est, vous ai-je dit, un

fait constant ou à peu près constant dans le cas de tumeurs fibreuses, nous devons donc en tirer parti pour notre diagnostic.

Mais il peut arriver que cette dilatation ne puisse pas être constatée par le cathétérisme et que votre sonde, méthodiquement introduite, se trouve arrêtée à une très petite distance de l'orifice externe du col, au lieu de pénétrer jusqu'à dix ou douze centimètres, comme cela avait lieu chez notre malade du n° 13.

Lorsqu'il en est ainsi, l'arrêt peut résulter de ce que les cavités utérines, tout en étant distendues, sont déformées et en partie obstruées par les tumeurs saillantes à leur intérieur. Alors, ou l'on peut faire glisser le cathéter métallique entre ces saillies et parvenir, par des mouvements convenablement dirigés, à lui faire atteindre le fond de ce canal tortueux; ou, à défaut du cathéter métallique, y introduire, soit une sonde de gomme élastique, soit une bougie flexible très fine qui en suivra plus facilement toutes les flexuosités et atteindra ainsi le fond de la cavité utérine, de façon à permettre de la mesurer et de constater son allongement. Si l'obstacle était complètement insurmontable, le cathétérisme vous serait encore utile en ce sens que le toucher, vaginal ou rectal, ou tout simplement la palpation hypogastrique vous permettrait de constater qu'au delà du bec de la sonde, se trouve une masse de tissu plus ou moins épaisse, dans laquelle il vous serait facile de reconnaître, à ses autres caractères physiques, la tumeur fibreuse, saillante dans la cavité utérine et l'oblitérant en partie.

Vous pouvez, du reste, quand les renseignements fournis par le cathétérisme vous sont insuffisants, for-

cer en quelque sorte l'entrée de l'utérus pour aller explorer sa cavité avec votre doigt. C'est alors qu'il faut avoir recours aux tiges de laminaria digitata ou aux cônes d'éponge préparée, que l'on introduit dans le col pour en opérer la dilatation. Sans abuser de ce moyen, comme l'ont fait certains praticiens étrangers, je le considère comme une ressource précieuse dont il faut savoir user à l'occasion. En procédant avec prudence, on n'est exposé à aucun danger sérieux, et l'on se donne la facilité de reconnaître et d'attaquer des tumeurs fibreuses, contenues dans la cavité utérine, qui, sans ce moyen, échapperaient en même temps à notre diagnostic et à notre action thérapeutique.

Une dilatation semblable à celle que les moyens dont je viens de parler produisent artificiellement, peut se faire spontanément, au moment où le corps fibreux tend à passer de la cavité de l'utérus dans celle du vagin. On voit alors le col s'effacer, ses lèvres se ramollir, son orifice s'entr'ouvrir, et, en insinuant le doigt dans cette ouverture, on sent un corps globuleux, arrondi, dont le segment inférieur peut être contourné par l'extrémité du doigt.

Alors, de nouvelles difficultés se présentent pour le diagnostic. Si l'utérus ne contient aucune autre tumeur fibreuse, s'il n'est pas bosselé extérieurement, s'il est développé régulièrement, autour d'une tumeur sphéroïdale, les sensations qu'il fournit au toucher sont exactement les mêmes que celles que donnerait une grossesse commençante. Dans ces cas, les commémoratifs seuls peuvent vous éclairer, et, comme la nécessité d'agir n'est pas d'une urgence extrême, il faut bien vous garder de chercher à déterminer artificiellement la di-

latation du col, mais attendre du temps la confirmation d'un diagnostic, qui devra être réservé. Cependant, il se peut faire que la dilatation ait eu lieu sans votre intervention et qu'au moment où vous examinez la malade, vous trouviez le col entr'ouvert, de façon à vous permettre l'introduction du doigt, jusque dans la cavité utérine. Dans ces conditions, la tumeur formée à l'intérieur de la matrice par un embryon de deux ou trois mois pourrait être confondue avec une tumeur fibreuse, saillante dans l'utérus. Dans un cas où j'ai été sur le point de commettre une semblable confusion, j'ai été surtout frappé, non pas de la différence de consistance que l'on aurait pu s'attendre à trouver entre l'œuf et la tumeur fibreuse, mais de la dilatation de la cavité utérine, laissant un espace libre, dans lequel mon doigt se mouvait aisément, entre la tumeur et la paroi utérine. Une telle dilatation n'a pas lieu avec les tumeurs fibreuses, qui sont toujours assez étroitement serrées par l'utérus, contracté sur elle.

J'ai vu, une fois, un placenta, resté dans l'utérus, après un avortement à trois mois de grossesse, donner lieu à des symptômes parfaitement semblables à ceux qui résultent de la présence d'un corps fibreux, et ce fait est assez intéressant pour que je vous le raconte.

Une femme âgée de 28 ans, exerçant la profession de blanchisseuse, était entrée dans mon service d'hôpital pour une métrorrhagie, dont le début remontait à six semaines environ, et dans cet intervalle elle avait perdu tantôt du sang, tantôt de la sérosité brunâtre et un peu odorante, comme cela arrive souvent dans les cas de tumeurs fibreuses pédiculées, et formant des polypes plus ou moins saillants dans le vagin. Lorsque

nous la vîmes, elle était profondément amaigrie et présentait une teinte pâle, un peu jaunâtre, avec une expression d'abattement et de souffrance très marquée. Cependant elle était sans fièvre.

Son ventre souple, normal, bien conformé, était un peu douloureux à la palpation, mais seulement au niveau de la région ombilicale, et il ne donnait aucune sensation de résistance ou d'empâtement, en un point quelconque. Par le toucher vaginal, on trouvait le col très gros, un peu dirigé en arrière, la lèvre antérieure molle, fongueuse, les culs-de-sac libres et les tissus péri-utérins souples, à l'exception du côté droit, où l'on sentait, à la base du ligament large, une petite bride de formation ancienne. Le col était entr'ouvert; en y introduisant le doigt, on sentait une petite tumeur molle qu'on ne pouvait circonscrire et dont il était impossible, par cette simple exploration, de déterminer la nature ni le point d'insertion. Le corps de l'utérus n'était pas augmenté de volume dans la même proportion que le col ; il était un peu porté en avant. — L'examen au spéculum nous faisait voir un col très gros, d'un rouge foncé, presque vineux, avec de nombreuses ulcérations, et qui était recouvert de mucosités purulentes. La valve supérieure du spéculum étant introduite dans l'ouverture du col, pour écarter son orifice, nous pûmes voir une tumeur d'une coloration noirâtre, violacée, se présenter à travers cet orifice. Enfin, le cathétérisme nous permit de reconnaître que la tumeur intra-utérine n'était pas libre dans la cavité utérine et se trouvait fixée sur la face antérieure, à droite de la ligne médiane, au niveau de l'union du col avec le corps. L'hystéromètre était arrêté quand on

le dirigeait de ce côté ; tandis qu'à gauche et dans toutes les autres directions, l'instrument pénétrait facilement à une plus grande profondeur. A gauche, je pus contourner la tumeur et reconnaître que son pédicule était de la grosseur du doigt.

La première idée qui pouvait venir à l'esprit, après cet examen, était que nous nous trouvions en présence d'un de ces polypes fibreux, encore contenus dans la cavité utérine, mais qui deviennent apparents à de certains intervalles, par suite de la dilatation du col. Tous les signes que nous avions constatés, tous les symptômes qu'accusait la malade, concordaient parfaitement avec cette manière de voir, et je n'aurais pas hésité un seul instant à formuler ce diagnostic, si je n'avais été renseigné sur les antécédents, que je dois vous faire connaître, et qui vous mettront à même de comprendre qu'il devait s'agir, en effet, d'une affection tout autre.

Cette femme, qui avait été réglée à 12 ans, sans aucun trouble dans sa santé, et qui s'était mariée à 20 ans, avait eu deux grossesses assez rapprochées, qui, quoique s'étant bien terminées, avaient un peu ébranlé sa santé. Mais elle était parfaitement bien portante lorsqu'elle devint enceinte pour la troisième fois, en 1866. Vers le troisième mois de cette grossesse, dans la dernière quinzaine du mois de novembre, elle fit une chute dans un escalier, en portant une charge de linge fort lourde. — Il en résulta une douleur fort vive dans les reins et dans le ventre ; mais elle ne perdit pas de sang, et ce n'est que huit jours après, qu'elle fut subitement prise d'une hémorrhagie abondante, en se mettant sur le vase, pour uriner. Cette perte subite

s'accompagna d'une douleur vive à la partie inférieure de l'abdomen et l'avortement se fit alors, car le médecin qui fut appelé, constata la présence du fœtus au milieu des caillots ; mais il ne trouva pas de traces du placenta et il ordonna du seigle ergoté, pour hâter la délivrance. La malade fut trois jours sans voir de sang ; puis, au bout de ce temps, l'hémorrhagie recommença pour ne plus s'arrêter jusqu'à son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 6 février ; l'accident qui avait déterminé la fausse couche remontait à la fin de novembre, c'est-à-dire à six semaines au moins.

En présence de ces commémoratifs, le diagnostic devait être plus circonspect, puisque, sans exclure absolument l'idée de la tumeur fibreuse, — qui pouvait parfaitement avoir préexisté à la grossesse, s'être accrue pendant son cours, de façon à avoir joué peut-être un certain rôle dans le fait de l'avortement; qui, dans tous les cas, pouvait parfaitement n'avoir révélé sa présence par ses symptômes propres, qu'après l'expulsion du fœtus, — il restait à se demander s'il ne s'agissait pas d'une simple rétention du placenta, dont aucun fragment n'avait été retrouvé au milieu des caillots sanguins examinés attentivement. Je me tins donc sur la réserve, et, après m'être contenté de toucher le col avec la solution de perchlorure de fer, je prescrivis 50 centigrammes de seigle ergoté, et, concurremment, des injections chlorurées. Bien m'en prit, car, trois jours après, cette malade, chez qui l'écoulement de sérosité rougeâtre avait persisté et même augmenté, perdit deux caillots sanguins assez volumineux ; et lorsque, quelques jours plus tard, sa perte continuant, je la touchai de nouveau, je sentis la tumeur.

du volume d'une noix, faire saillie à l'orifice du col. Je la saisis alors avec le doigt, et je parvins facilement à la détacher. Elle avait une coloration noirâtre ; la surface d'implantation était plus granuleuse que la surface externe, elle présentait en outre une rainure profonde, et ressemblait assez à un fragment de placenta. Au bout de quarante-huit heures, la malade expulsa en urinant, sans efforts et sans coliques, un fragment de tumeur semblable, pour la consistance, l'aspect et le volume, à celui que j'avais retiré. M. Ranvier, qui a examiné les deux tumeurs y a reconnu des villosités placentaires et des vaisseaux. C'était bien, en effet, le placenta qui, en majeure partie, sinon dans sa totalité, avait été retenu pendant plus de six semaines dans la cavité utérine, et dont la présence avait donné lieu à une série de symptômes si parfaitement semblables à ceux qu'aurait pu produire un polype fibreux. — Il n'y avait du reste aucune complication de ce genre chez notre malade, car, après avoir eu deux petites poussées inflammatoires, qui furent promptement réprimées par des applications de sangsues, elle se rétablit assez rapidement et son utérus ne tarda pas à reprendre son état normal.

Puisque nous parlons des cas dans lesquels se produit la dilatation du col, je ne dois pas omettre de vous signaler les alternatives de dilatation et de resserrement, grâce auxquelles il se peut faire qu'un polype fibreux soit, tantôt accessible à la vue et au toucher, tantôt mis complètement hors de notre portée, par l'utérus hermétiquement refermé sur lui. Ces apparitions intermittentes, dont je vous citerai un très remarquable exemple lorsque je vous parlerai du

traitement, ont été signalées par plusieurs auteurs, principalement par Huguier, sous l'inspiration duquel deux de ses élèves, M. Bernaudeaux (1) et M. O. Larcher (2), en ont fait le sujet de publications intéressantes. On les considère comme exceptionnelles. Mais, en tenant compte de ce fait que la dilatation du col a toujours lieu au moment de l'époque menstruelle et que le resserrement se produit dans l'intervalle, je me demande si elles ne sont pas plus fréquentes qu'on ne le pense généralement, faute d'avoir fait l'examen en temps opportun, et si, au contraire, elles ne se produisent pas dans tous les cas où un polype sort de la cavité du corps même de l'utérus, pour pénétrer dans le vagin. Je comprendrais en effet difficilement qu'une semblable propulsion pût jamais se faire d'un seul coup, et que, surtout quand le pédicule est volumineux, il ne se produisît pas entre le polype, qui fait effort pour sortir, et l'utérus, qui se contracte, une sorte de lutte ayant justement pour conséquence de déterminer ces dilatations et ces resserrements alternatifs, dont je viens de vous entretenir.

Plus tard, le polype, complètement engagé à travers le museau de tanche, fait saillie dans le vagin, et on y peut constater sa présence, aussi bien par l'examen au spéculum que par le toucher : il forme alors une tumeur d'une couleur blanc rougeâtre ou rouge foncé, ovoïde, ou plutôt piriforme ; son pédicule situé supérieurement s'enfonce entre les lèvres du col, dont l'ori-

(1) Bernaudeaux, *Des corps fibreux de l'utérus*. Thèse de Paris, 1857.
(2) O. Larcher, *Contributions à l'histoire des polypes fibreux intra-utérins à apparitions intermittentes* (*Archives de Médecine*, 1867).

fice, dilaté pour lui livrer passage, forme autour de lui un bourrelet circulaire, d'autant plus aminci que ce pédicule est plus volumineux. Le point par lequel il adhère à la face interne de l'utérus se reconnaît au moyen du cathétérisme, d'après la profondeur à laquelle pénètre la sonde, quand on l'introduit sur l'une ou l'autre des faces de la tumeur.

C'est surtout d'après la façon suivant laquelle on peut faire contourner le pédicule au bec de la sonde, que l'on parvient à déterminer assez exactement et le point sur lequel se fait l'implantation de ce pédicule et son épaisseur. M. de Scanzoni a indiqué un moyen qui peut être utile, lorsqu'on veut déterminer si le pédicule présente une certaine épaisseur : il consiste à saisir le polype avec des pinces-érignes et à chercher à lui imprimer des mouvements de torsion. S'il suit facilement ces mouvements, on en conclura qu'il est appendu à un pédicule long et mince ; tandis qu'il résistera, si son implantation se fait par une large surface et au moyen d'un pédicule très court. Mais il me semble que cette exploration n'apporte aucun renseignement qu'on ne puisse se procurer à l'aide d'autres moyens, comme le toucher et le cathétérisme, par exemple.

Vous connaissez maintenant, Messieurs, les symptômes objectifs qui peuvent être directement constatés par le médecin, lorsqu'existe une tumeur fibreuse de l'utérus, quels qu'en soient du reste la forme, le volume ou la situation, et qui permettent de la distinguer des autres affections avec lesquelles elle pourrait être confondue. Il me reste maintenant à vous indiquer quels sont les phénomènes subjectifs éprouvés

par les malades elles-mêmes, à vous dire comment ces symptômes généraux et locaux se succèdent, dans la marche naturelle de cette maladie, à rechercher les causes qui favorisent son développement et à vous tracer les règles du traitement qu'il convient de lui opposer : c'est ce que je ferai dans la prochaine Leçon.

XIX

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

(SUITE)

Symptômes subjectifs. — Métrorrhagies. — Écoulement séreux. — La douleur manque souvent. — Dysurie plus fréquente que le ténesme anal. — Phénomènes résultant de la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins. — Influence des corps fibreux sur la conception, sur la grossesse et sur l'accouchement.

Étiologie. — La stérilité et la virginité ne sont pas des causes de tumeurs fibreuses. — L'influence de l'âge est la seule qui soit nettement établie.

Marche et terminaisons.

T aitement. — L'ablation est le seul traitement efficace. — Les divers moyens d'y procéder. — Traitement palliatif pour les cas non opérables. — Traitement à instituer, en attendant le moment opportun pour pratiquer l'opération.

MESSIEURS,

L'affection dont est atteinte notre malade du n° 13 de la salle Sainte-Geneviève, ne s'est jusqu'à présent révélée à elle que par deux symptômes essentiels : d'abord les métrorrhagies, qui l'ont mise dans l'état d'épuisement où vous la voyez, puis l'apparition de la tumeur, que, depuis deux ans, elle a senti se développer dans sa fosse iliaque gauche, et dont elle a suivi, depuis lors, l'accroissement progressif.

Il en est souvent ainsi, dans les cas de tumeurs fibreuses utérines; et, sur un relevé de 96 observations, West cite 11 cas dans lesquels la tumeur, ayant déjà atteint un certain volume, n'avait encore révélé sa présence par aucun symptôme appréciable, lorsqu'elle a été, en quelque sorte, découverte fortuitement par la malade elle-même. Mais, dans des cas plus nombreux, les métrorrhagies ou les troubles de la menstruation constituent les premiers phénomènes morbides qui attirent l'attention et nécessitent un examen, à la suite duquel on constate la présence de ces tumeurs, car elles ne déterminent pas d'habitude de symptômes douloureux ni d'autres troubles fonctionnels importants, tant qu'elles n'ont pas atteint un certain volume.

Cependant, il peut arriver et il arrive parfois que des tumeurs fibreuses interstitielles donnent lieu à des hémorrhagies graves, datant depuis longtemps et s'accompagnant de douleurs intolérables, sans que leur volume soit assez considérable pour permettre de reconnaître leur présence par les moyens d'exploration physique dont nous pouvons disposer. J'ai donné des soins, avec notre regretté confrère, le Dr Despaulx-Ader, à une demoiselle qui se trouvait dans ces conditions et chez qui la tumeur fibreuse qui n'était pas encore apparente et pouvait seulement être soupçonnée lors de notre premier examen, s'est développée pour ainsi dire sous nos yeux pendant les mois qui ont suivi.

L'absence de symptômes caractéristiques au début, justifie une erreur de diagnostic qu'il est bon de signaler. Les tumeurs fibreuses ne pouvant être reconnues que par l'exploration tactile, il peut se faire que

l'on conserve une indécision souvent considérable lorsque, pratiquant le toucher, on trouve, au pourtour du col, de petites tumeurs arrondies, bosselées, irrégulières, indolentes à la pression, et dont il est assez difficile d'apprécier la consistance, à cause de l'épaisseur des tissus qui les séparent du doigt explorateur. C'est pourquoi on est quelquefois exposé à hésiter sur la question de savoir s'il s'agit de tumeurs fibreuses, proéminant vers la surface externe de l'utérus, ou, tout simplement, de matières fécales durcies et accumulées dans l'intestin. L'indécision, lorsqu'elle existe en pareil cas, peut être levée par l'administration d'un purgatif, et vous n'avez pas oublié que ce moyen seul a pu nous permettre, il y a peu de jours, de porter un diagnostic certain, chez une femme de 43 ans, qui était couchée au n° 30 de la salle Sainte-Geneviève.

Cette malade était entrée à l'hôpital pour une métrorrhagie ayant débuté, trois mois auparavant, par une exagération du flux menstruel, à son époque habituelle. Elle avait rendu alors quelques caillots et, depuis, elle avait éprouvé des douleurs vagues, mais assez persistantes, dans les flancs et dans les lombes, et elle accusait surtout une sensation de pesanteur dans le bassin. L'exploration directe m'a permis de constater deux sortes de tumeurs, les unes petites, arrondies et d'une consistance assez molle, en arrière et sur les côtés de l'utérus, à la réunion du col avec le corps ; l'autre oblongue, ayant une longueur de 3 ou 4 travers de doigt et l'épaisseur du pouce, était située dans la fosse iliaque droite et se percevait surtout par la palpation hypogastrique ; elle était, à la pression, beaucoup plus dure et plus résistante que les autres.

On aurait pu croire qu'il s'agissait là d'une tumeur fibreuse saillante vers le péritoine et se détachant de l'utérus, au niveau de la corne droite, dans le voisinage de la trompe et de l'ovaire, tandis que des tumeurs analogues, mais plus petites et interstitielles, auraient existé au pourtour du col. Il était d'autant plus naturel de songer à la présence de semblables tumeurs, que l'on pouvait leur attribuer la production des métrorrhagies que nous étions appelé à soigner. Cependant il n'en était rien et deux purgatifs administrés à 48 heures d'intervalle suffirent pour tout faire disparaître, car il ne s'agissait que de cybales accumulées dans l'intestin.

Il y avait dans l'étude de ce fait un intérêt d'autant plus réel pour vous, qu'au même moment nous observions, au n° 4 de la même salle, une autre malade âgée de 48 ans, chez laquelle le toucher nous révélait des signes analogues à ceux que nous avions perçus chez la première, sans qu'elle présentât aucun autre symptôme saillant; et que celle-là était bien réellement atteinte de tumeurs fibreuses, situées en arrière, au pourtour et au-dessus du col, car ces tumeurs se sont retrouvées après la purgation, ayant conservé la forme, le volume et la situation qu'elles affectaient antérieurement.

Revenant à la malade qui sert plus particulièrement de texte à cette Leçon, nous allons, en remontant dans ses antécédents, étudier les symptômes généraux, la marche et les causes de l'affection dont elle est atteinte, comme nous en avons pu étudier les symptômes objectifs et le diagnostic, en procédant à l'examen physique de ses organes.

Cette femme, que ses cheveux blancs font paraître plus âgée qu'elle ne l'est en réalité, a été réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, dans un village du Calvados. Cette apparition assez prématurée des règles, chez une jeune fille de la campagne est à noter, en ce qu'elle marque une certaine suractivité du système sexuel. Bien réglée dès le début, elle se maria à 23 ans et eut une première grossesse, aussitôt après son mariage ; cette grossesse arriva bien à terme, mais il y eut à la suite de l'accouchement quelques accidents inflammatoires, qui ne paraissent pas avoir été très graves et qui auraient affecté le côté gauche de l'abdomen. Quelques années après, elle contracta la syphilis et eut des accidents secondaires, consistant en une éruption roséolique; aujourd'hui encore, elle présente à la jambe gauche une ulcération dont la nature spécifique n'est pas douteuse. Je note ces accidents sans y attacher plus d'importance qu'ils n'en méritent au point de vue de la maladie actuelle.

A 30 ans, la malade eut un second accouchement, et son enfant mourut de convulsions, quelques jours après sa naissance. A la suite de cet accouchement le retrait de l'utérus fut difficile et lent, ce qui nécessita l'application de 50 sangsues sur l'abdomen ; une tumeur inflammatoire, dont le médecin avait constaté la présence, se dissipa rapidement sous l'influence de ce traitement. La perte sanguine fut modérée au moment de l'accouchement, au dire de la malade ; il y a lieu, cependant, de penser qu'avec le retrait difficile de l'utérus, dont je viens de parler, il y eut alors un notable écoulement de sang, car les sinus utérins durent rester béants pendant un certain temps.

Ces deux phénomènes, dilatation de l'utérus, métrorrhagie, ne sont pas sans valeur au point de vue de l'étiologie de la tumeur fibreuse qui existe actuellement. Du reste, s'il n'y eut pas alors de métrorrhagie, il s'en produisit une trois semaines après l'accouchement. Elle fut très abondante et dura quatre jours ; l'utérus était alors revenu sur lui-même. Trois semaines se passèrent sans accident et il survint ensuite un nouvel écoulement de sang, après lequel les règles reparurent régulièrement pendant quatre ans.

Depuis l'âge de 34 ans, c'est-à-dire depuis quatre ans, cette femme a vu sa menstruation devenir irrégulière; ses règles furent d'abord plus abondantes et durèrent plus longtemps; en premier lieu 8 jours, puis 15, et en dernier lieu, c'est-à-dire après trois ans, il y avait à peine 4 à 5 jours d'intervalle entre chaque époque.

Depuis un an, les pertes abondantes et répétées qu'elle éprouve ont réagi sur sa santé générale, et l'ont jetée dans l'état d'anémie profonde dans lequel nous la trouvons. L'écoulement sanguin est, par suite de cet état anémique, devenu plus séreux et se coagule difficilement. Dans certains moments, il s'écoule même de la sérosité presque pure ; ainsi la malade nous dit avoir perdu, au mois d'août dernier, environ un litre de cette sérosité.

Depuis le même temps, elle a éprouvé quelques douleurs du côté de l'abdomen et une certaine pesanteur à l'hypogastre, aussi la marche et la station verticale sont très pénibles; mais, même aujourd'hui, les douleurs sont peu intenses, quand la malade est couchée. Les phénomènes sympathiques sont également presque

nuls, on n'observe ni vomissements ni fièvre, il n'y a que les phénomènes anémiques dont j'ai déjà fait mention.

Il y a deux ans que notre malade a vu survenir, au niveau de la fosse iliaque gauche, une tumeur qui avait d'abord le volume d'un œuf, présentant une extrémité tournée en avant ; cette tumeur a augmenté, depuis lors, d'une façon graduelle, pour arriver aux dimensions que nous lui trouvons aujourd'hui. Le traitement fondant qu'on a employé n'a pas agi sur elle, mais, malgré son accroissement incessant, elle n'a jamais causé de vives douleurs, et les symptômes dont se plaint cette femme se rapportent plus à l'hémorrhagie qu'à la tumeur qui lui a donné naissance.

Cependant, il y a une dysurie très marquée. Cette gêne dans l'émission des urines, qui s'accompagne assez souvent de ténesme, est un symptôme très fréquent dans les cas de tumeurs fibreuses utérines ; et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il ne dépend pas toujours uniquement de la compression exercée par la tumeur sur le réservoir vésical. Chez notre malade, dont la tumeur est très volumineuse et remplit presque en totalité l'excavation pelvienne, on comprend très bien que ce phénomène se puisse produire mécaniquement, mais ce qu'on comprend plus difficilement, c'est que cette tumeur, qui, en définitive, siège plutôt en arrière qu'en avant de l'utérus, ait exercé son action mécanique, plutôt sur la vessie que sur le rectum. Sans expliquer ce phénomène, je dois dire qu'il constitue une règle assez habituelle, puisque West a constaté que sur 96 observations, il y avait eu 35 fois dysurie, et quatre fois seulement gêne dans l'excrétion des matières fécales. Cependant, West est un des observateurs qui ont con-

staté la fréquence plus grande des tumeurs fibreuses dans la paroi postérieure, que sur tout autre point de l'utérus.

Lorsque la rétention d'urine résulte de la compression exercée directement par la tumeur sur le canal de l'urèthre, elle peut être telle qu'il devienne nécessaire de sonder les malades, et, dans ce cas, le cathétérisme est souvent rendu difficile, parce qu'en même temps qu'il est aplati, l'urèthre se trouve dévié de sa direction normale.

Des accidents plus graves peuvent résulter de la compression exercée sur les uretères et de l'arrêt de l'urine dans ces canaux, qui déterminerait consécutivement une lésion rénale grave ; mais les faits de ce genre, dont le docteur Murphy, de Londres, a rapporté un exemple remarquable, sont excessivement rares.

Ce qui est plus commun c'est de voir la tumeur fibreuse comprimer l'intestin de façon à l'oblitérer complètement et arrêter le cours des matières qui y circulent, en déterminant tous les symptômes de l'étranglement interne. Ces accidents qui peuvent avoir une gravité excessive, disparaissent quelquefois tout d'un coup, à la suite d'un mouvement ou d'un changement d'attitude qui a permis à la tumeur de se déplacer et de dégager la portion de l'intestin sur laquelle elle pesait.

Outre ces symptômes de compression sur le tube digestif et la vessie, la tumeur peut déterminer également, en vertu de son volume et de son poids, une sensation de pesanteur à la vulve, avec des besoins d'expulsion. Il survient aussi des coliques utérines, qui s'accompagnent du même besoin de pousser, et qui sont dues aux con-

tractions que sollicitent dans les fibres utérines les tumeurs, tant au moment où elles se détachent des parois pour se pédiculiser, qu'à celui où elles tendent à franchir les orifices, pour passer de la cavité utérine dans le vagin.

Par eux-mêmes, les corps fibreux sont complètement indolents ; mais des douleurs souvent fort vives peuvent être causées par les compressions que la tumeur exerce sur les nerfs du bassin. Ces douleurs qui s'irradient dans la région lombaire et dans les cuisses, comme toutes celles qui ont leur point de départ dans le petit bassin, ont pour caractère habituel d'être plutôt sourdes et gravatives que lancinantes, et c'est ce qui les distingue de celles de la métrite ou des phlegmasies péri-utérines. Mais elles s'exaspèrent, pendant la station verticale et la marche, au point de rendre cette dernière souvent impossible. C'est ce qui arrivait chez notre malade, qui, souffrant à peine quand elle était couchée, ne pouvait pas marcher, ni même se tenir debout, tant étaient vives les souffrances qu'elle éprouvait alors.

On voit souvent survenir dans les membres inférieurs un œdème plus ou moins considérable, qui s'exaspère de même par la station verticale, et qui est dû à la compression exercée sur les veines iliaques, de même que la douleur est due à la compression exercée sur les branches nerveuses du plexus sacré. Cet œdème est généralement limité à un seul membre, celui du côté vers lequel s'est développée la tumeur. Néanmoins il peut arriver, lorsque les corps fibreux sont volumineux ou multiples, qu'ils compriment à la fois les deux veines iliaques primitives, ou même la veine cave ;

mais il n'en est pas ainsi dès le début, et, lorsque les deux membres sont œdématiés en même temps, ils ne le sont pas également.

Les troubles généraux résultant de la présence des tumeurs fibreuses sont ceux qui dépendent des hémorrhagies ou des écoulements séreux dont elles sont le point de départ. Ce sont les seuls qui se soient produits jusqu'à présent chez notre malade. On voit cependant survenir assez souvent d'autres désordres, qu'il faut attribuer à l'inflammation du péritoine, et ces désordres s'accentuent surtout lorsque la tumeur s'enflamme et se ramollit.

On conçoit que, dans certains cas, les tumeurs fibreuses puissent, par leur situation spéciale au voisinage du col, s'opposer à la fécondation ; mais il est loin d'en être toujours ainsi, et les faits dans lesquels la présence de tumeurs fibreuses, même volumineuses, n'a fait obstacle ni à la fécondation, ni à la gestation régulière, ni à l'accouchement spontané, sont loin d'être rares. Cependant, il n'est pas douteux que l'acte de la génération ne puisse être, et en réalité ne soit souvent profondément troublé par la présence de tumeurs fibreuses dans l'utérus. Seulement, les troubles qui en résultent sont variables : puisque, tantôt la fécondation est empêchée ; tantôt, la fécondation ayant eu lieu, la gestation est arrêtée par un avortement ; tantôt enfin la grossesse est menée à terme, et alors, ou l'accouchement naturel est possible, ou il se trouve entravé par la présence de la tumeur fibreuse à ce point que le fœtus ne peut pas, même après mutilation, être extrait par les voies naturelles.

Les circonstances qui interrompent le cours régulier de la grossesse, lorsque l'avortement se produit, sont différemment interprétées par les auteurs. Les uns pensent que l'avortement est dû à une circulation utérine incomplète et, par suite, à une insuffisance de nutrition du produit de la conception ; les autres l'attribuent à l'impossibilité dans laquelle se trouverait la matrice de prendre son développement. On conçoit, en effet, que la présence d'une tumeur fibreuse puisse empêcher l'accroissement régulier de l'utérus, en déterminant des tiraillements dans les points où l'œuf est inséré ; ce qui, après avoir occasionné le décollement de l'œuf et la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires, a pour conséquence une hémorrhagie avec l'expulsion du produit de la conception.

Vous voyez, d'après cela, que l'époque à laquelle a lieu l'avortement doit dépendre de la place occupée par la tumeur dans l'utérus. Vous savez, en effet, que c'est aux dépens de son fond, que la matrice se développe dans les premiers mois de la gestation, et que c'est, au contraire, au niveau du segment inférieur que le travail d'accroissement se manifeste dans les derniers mois de la grossesse; or, si la tumeur fibreuse occupe le fond de l'organe, elle pourra déterminer l'avortement dès les premiers mois, parce que c'est à cette époque qu'elle gênera le développement régulier de la matrice ; au contraire, si elle est située dans le segment inférieur, l'avortement n'aura lieu que dans les derniers mois de la grossesse. Il en est ainsi surtout lorsque les tumeurs sont interstitielles.

Quand les tumeurs fibreuses sont saillantes dans le péritoine et tout à fait détachées de la paroi utérine, il

peut arriver que la grossesse parvienne à son terme, et même que l'accouchement ne soit gêné en rien par la présence de la tumeur.

Cependant les choses ne se passent pas toujours aussi favorablement, et, même lorsqu'elles proéminent dans la cavité abdominale, les tumeurs fibreuses, si elles sont volumineuses, peuvent opposer un obstacle insurmontable à l'accouchement; c'est lorsqu'elles plongent dans l'excavation pelvienne, au lieu de remonter vers les parties supérieures de l'abdomen. Leurs connexions avec le péritoine ne permettent pas alors de les enlever au moment du travail, comme on peut le faire si elles sont intra-vaginales, ou même intra-utérines, et il ne reste plus alors qu'une chance favorable, c'est qu'elles viennent à se ramollir au dernier moment, de façon à pouvoir s'aplatir pour permettre le passage du fœtus. Mais ce ramollissement, s'il peut être espéré, ne doit pas être attendu.

Je me rappelle avoir vu à l'hôpital Beaujon, quand j'étais interne de Huguier, une malade affectée de tumeur fibreuse occupant la face postérieure de l'utérus et se prolongeant du côté du péritoine, entre le rectum et le vagin, de façon à occuper la majeure partie de l'excavation pelvienne. Cette femme devint enceinte, et, avec le sens pratique qui le distinguait, Huguier, comprenant l'impossibilité absolue dans laquelle elle se trouverait d'accoucher à terme par les voies naturelles, avait résolu de provoquer l'avortement avant que le fœtus eût acquis un développement suffisant pour que son volume constituât un danger. Malheureusement il eut la funeste idée de prendre, avant d'agir, l'avis de certains hommes spéciaux, dont il ne pouvait faire au-

trement que de suivre les conseils après les avoir réclamés. On lui conseilla de s'abstenir, en exprimant l'espoir, ou que la tumeur se déplacerait au dernier



Fig. 149. — Tumeur fibreuse de l'utérus, ayant mis obstacle à l'accouchement et nécessité l'opération césarienne. — (Cette figure est extraite de l'atlas inédit de Huguier.)

moment et remonterait dans l'abdomen, ou qu'elle se ramollirait de façon à permettre le passage de l'enfant; on alla même jusqu'à laisser entrevoir qu'elle pourrait être enlevée au moment du travail. Bref, il ne fut rien

fait, et, au moment suprême, la tumeur ne bougeant pas, oblitérant de plus en plus le passage que l'enfant devait suivre et ne paraissant aucunement disposée à se ramollir, on se trouva obligé de faire l'opération césarienne, pour retirer un enfant mort. La mère succomba peu de jours après. Quel résultat plus fâcheux eût-on pu obtenir par l'avortement provoqué? Et combien n'a-t-on pas dû se repentir d'avoir écouté les conseils qui avaient empêché de le pratiquer !

Je mets sous vos yeux le dessin de la pièce que j'ai présentée à la Société anatomique (1), et sur laquelle nous avons pu constater combien était insurmontable l'obstacle qui avait rendu l'accouchement impossible (*fig.* 149) ; combien surtout il avait été déraisonnable de supposer que cette tumeur, que vous voyez en arrière du col, aurait pu devenir opérable au moment de l'accouchement, puisque, au lieu de faire saillie dans le vagin — comme le fait celle de notre malade du n° 13, qui a presque le même volume — elle est, sur toute sa surface, revêtue par le péritoine. On n'eût donc pu l'attaquer qu'en détachant les insertions du vagin à l'utérus et pénétrant largement dans la cavité séreuse de l'abdomen, ce qui n'eût pas dispensé de faire l'opération césarienne.

Après avoir établi, comme nous venons de le faire, l'influence souvent fâcheuse que les corps fibreux exercent sur la grossesse, soit qu'ils l'empêchent de se produire en mettant obstacle à la conception, soit qu'ils la troublent dans son cours ou dans l'acte de la parturition qui la termine, il nous reste à rechercher si, par réciprocité, la grossesse n'exerçerait pas une cer-

(1) Gallard, *Bulletin de la Société anatomique*. Paris, 1855.

taine action sur les corps fibreux. En ce qui concerne les corps fibreux actuellement existants, au moment où commence la grossesse, cette action n'est pas douteuse. Tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître que le volume de la tumeur fibreuse s'accroît d'une façon notable pendant le cours de la grossesse; puis qu'elle diminue après l'accouchement au point de reprendre souvent son volume primitif, ou même d'en acquérir un moindre. C'est même dans ces circonstances que l'on a vu parfois, mais dans des cas très rares, des tumeurs fibreuses disparaître complètement, par une véritable résorption spontanée, suivant dans sa marche le travail d'involution rétrograde de l'utérus.

Ce fait de la diminution et surtout de la disparition possible des corps fibreux, après l'accouchement, pourrait venir à l'appui de l'opinion qui nous présente la stérilité comme une des causes de leur production. Mais ce n'est même pas sous le couvert d'un argument aussi sérieux, et qui pourrait du reste être facilement réfuté, que cette opinion étrange a été formulée.

M. de Scanzoni se fondant sur ce que de 69 femmes affectées de tumeurs fibreuses, 35 étaient restées stériles, a cru pouvoir en conclure que la stérilité avait été la cause de l'apparition de ces tumeurs, tandis que c'est plutôt la conclusion inverse qui est conforme à la saine interprétation des faits; la stérilité étant ici la conséquence et non la cause. D'abord, les chiffres cités par l'auteur allemand n'ont rien d'absolu, et cette proportion de la moitié des femmes stériles est loin de se retrouver dans les autres statistiques de tumeurs fibreuses que possède la science. Ainsi, West, sur 82 malades, n'en a trouvé que 20 de stériles, et les 62 autres

avaient eu un total de 172 grossesses. La malade dont nous nous occupons en ce moment a eu deux enfants, elle rentre donc dans la moyenne; elle est même un peu au dessous. Celle qui est couchée au n° 4 et qui présente de petites tumeurs, situées à la réunion du col avec le corps, a eu un enfant; et dans un instant, je vous raconterai l'histoire de deux malades auxquelles j'ai enlevé des corps fibreux saillants dans la cavité utérine, et qui ont eu, l'une trois, l'autre huit enfants. Vous voyez donc bien que les grossesses, même répétées, ne s'opposent pas efficacement au développement de ces tumeurs, et si vous voulez pénétrer plus avant dans les statistiques, vous allez reconnaître que la stérilité, si elle n'est cause, est bien réellement conséquence, car elle existe souvent d'une façon pour ainsi dire secondaire, en ce sens qu'il y a bien eu conception, mais que l'avortement, dû à la présence de la tumeur fibreuse, est venu rendre stérile une femme destinée, sans cela, à être féconde. Ainsi, des 172 grossesses, qui se répartissent entre les 62 femmes dont parle West, il n'y en a eu que 124 terminées par des accouchements à terme; 48 ont été interrompues par des avortements, ce qui constitue une proportion considérable et bien caractéristique, mais dont la signification acquiert une importance bien plus grande encore, si l'on songe que, de ces 62 femmes, 31, ou la moitié, n'ont pas pu mener leurs grossesses à terme et les ont vues se terminer par des avortements.

Pas plus que l'absence de grossesses antérieures, l'absence de rapprochements sexuels ne peut être considérée comme une des causes qui président au dévelop-

pement des tumeurs fibreuses. C'est donc à tort qu'on a prétendu que les vierges y seraient plus fréquemment exposées que les autres femmes ; la vérité est qu'elles n'en sont pas exemptes, mais elles n'y sont ni plus ni moins prédisposées que les femmes mariées, puisque d'après West, qu'il faut toujours citer, sur 118 cas de tumeurs fibreuses on trouve 99 femmes déflorées et 19 vierges, ce qui peut être considéré comme constituant une proportion normale, que la statistique éprouverait quelque difficulté à établir rigoureusement sur des chiffres exacts (1).

De toutes les circonstances étiologiques qui peuvent être invoquées pour expliquer l'apparition des corps fibreux de l'utérus, l'âge est la seule sur laquelle nous possédions quelques données certaines. Nous savons, en effet, que c'est non seulement à partir de la première menstruation, mais même un certain temps après, qu'elles commençent à apparaître, et ainsi dans les cas dans lesquels il a remonté jusqu'au début de l'affection, West n'a pu que trois fois fixer ce début avant la vingtième année. De mon côté, sans avoir le chiffre de tous les faits qui sont passés sous mes yeux, je suis certain de n'avoir vu que deux cas de tumeurs fibreuses chez des femmes jeunes, dont l'une avait vingt ans et l'autre seize ans seulement. Leur maximum de fréquence est entre 35 et 50 ans, et si on les retrouve encore après la ménopause, on ne les voit pas faire

(1) Le relevé de M. Marion Sims qui, je l'ai déjà dit, laisse beaucoup à désirer au point de vue de la précision, donne les résultats suivants : — Sur 119 cas de tumeurs fibreuses, 38 se rencontraient chez des femmes ayant eu des enfants, 57 chez des femmes mariées et stériles, 24 chez des vierges. — Ces chiffres proviennent de l'examen de 605 femmes dont 100 vierges et 505 déflorées.

leur première apparition chez les femmes qui ont cessé d'être menstruées.

Cette affection appartient donc bien en propre à la période de la plus grande activité sexuelle de la femme, et cela est d'autant plus remarquable, qu'ayant un temps relativement très court pour se montrer, elles constituent cependant une des affections les plus fréquentes de l'utérus, à ce point qu'on en rencontrerait à l'autopsie, suivant Bayle, chez le cinquième, suivant M. Broca, chez le tiers des femmes âgées de plus de trente-cinq ans.

Elles rivalisent de fréquence avec le cancer, puisque sur 583 utérus, examinés après la mort, Pollock a trouvé 39 fois des tumeurs fibreuses et 38 cas de cancer; mais il n'y a aucune autre corrélation entre ces deux affections que leur fréquence égale, car il est rare qu'elles coexistent ensemble, sans cependant s'exclure. — Sur 35 femmes affectées de tumeurs fibreuses, Chiari en a trouvé 9 atteintes en même temps de cancer, lequel siégeait chez deux seulement dans l'utérus, tandis que dans les 7 autres cas il affectait d'autres organes.

La grande fréquence des tumeurs fibreuses utérines de la femme, rapprochée de leur extrême rareté, qui équivaut presque à une absence absolue dans les autres espèces animales (1), pourrait être expliquée par l'influence du flux menstruel, amenant chaque mois une congestion sanguine, que le rut détermine à peine une fois par an chez les animaux.

(1) « Ces tumeurs, si communes dans l'espèce humaine, ne se rencontrent point dans l'utérus de nos animaux domestiques, tandis que les tumeurs fibreuses ordinaires ne sont pas du tout rares chez eux ». (Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1857, t. I, p. 163).

La marche des tumeurs fibreuses est essentiellement chronique; elles mettent des mois et même des années à accomplir leur évolution. Souvent, après s'être rapidement accrues pendant une période de temps plus ou moins longue, elles deviennent tout à coup stationnaires ou même diminuent de volume. Ce n'est pas à proprement parler une terminaison, puisque les tumeurs persistent ; mais c'est ainsi que disparaissent souvent les symptômes auxquels elles donnent lieu. C'est surtout après la ménopause que les choses se passent ainsi, et c'est alors que l'on voit les tumeurs devenir moins volumineuses ou s'infiltrer de dépôts calcaires. D'autres fois une certaine inflammation se fait à leur pourtour. La loge celluleuse qui les renferme suppure et, lorsque l'abcès peut s'ouvrir à l'extérieur, on voit la tumeur s'exfolier et se détacher en quelque sorte par lambeaux. Je conserve une pièce sur laquelle une exfoliation, de la nature de celle que je vous signale, a détruit la moitié d'une tumeur qui avait le volume d'une tête de fœtus. On comprend que cette exfoliation aurait pu, à un certain moment, devenir complète, mais c'est là un fait d'autant plus rare que l'inflammation, qui précède toujours un semblable travail, peut se porter du côté du péritoine, au lieu de se diriger vers l'extérieur et donner lieu à des accidents de péritonite rapidement mortels.

C'est en effet par la péritonite que la mort a lieu le plus fréquemment lorsqu'elle est causée par des tumeurs fibreuses, car il est rare que les métrorrhagies soient assez abondantes et surtout assez persistantes pour produire, par elles-mêmes, une terminaison fatale.

Quant à la terminaison par la guérison, qui est

peut-être encore plus rare, elle peut se faire : ou par suite de la résorption de la tumeur s'opérant dans des conditions aussi exceptionnelles que peu connues, mais dont cependant il existe un certain nombre d'exemples parfaitement avérés ; ou par son expulsion, dont je vous ai indiqué le mécanisme en vous parlant de l'évolution des tumeurs fibreuses et de la façon dont elles passent à l'état de polypes.

Ce que nous savons de la marche naturelle des tumeurs fibreuses nous montre donc que le meilleur traitement à leur opposer est leur ablation. Et comme nous n'avons à notre disposition aucun moyen certain de nous opposer à leur accroissement pour ainsi dire indéfini, cette ablation doit être pratiquée toutes les fois qu'elle est possible et que l'opération qu'elle nécessite n'est pas de nature à compromettre sérieusement la vie de la malade. C'est vous dire que, si elle s'impose souvent, parfois aussi elle doit être formellement repoussée ; tandis que, dans un certain nombre de cas, en quelque sorte intermédiaires, elle reste pour ainsi dire facultative, car son succès dépend, alors, autant du degré de hardiesse et d'habileté opératoire de celui qui l'entreprend, que des autres circonstances inhérentes au sujet lui-même.

Précisons chacune de ces conditions.

S'agit-il d'un polype faisant saillie dans le vagin, et n'étant rattaché à l'utérus que par un pédicule mince et grêle, dans l'épaisseur duquel on ne sent pas de battements artériels, rien n'est plus simple que son ablation, un coup de ciseau suffit.

Vous m'avez vu enlever ainsi, il y a quelques semaines, un de ces polypes, qui avait le volume d'un

très gros œuf de poule. C'était chez une femme de 48 ans qui était alors couchée au n° 16 de notre salle Sainte-Geneviève. Elle avait eu 8 enfants et sa santé avait toujours été parfaite, jusqu'à il y a quatre ou cinq ans. Depuis lors, ses règles avaient augmenté d'abondance et de durée, ce qui l'avait un peu affaiblie, mais sans qu'elle éprouvât d'autres malaises ; aussi c'est seulement en voyant, il y a six semaines, *un morceau de chair* lui sortir de la vulve qu'elle a songé à se faire soigner. Lorsque je la vis pour la première fois, je constatai que la tumeur qui apparaissait parfois à la vulve, était généralement contenue dans le vagin et s'insérait dans la cavité du col de l'utérus, par un pédicule du volume d'une forte plume d'oie. Son point d'implantation me parut être dans la cavité cervicale, sur la partie latérale gauche du col, à peu près au milieu de la distance qui sépare les deux orifices.

Aucune complication n'existant, je résolus de l'enlever ; ce qui fut fait, aussi simplement et aussi rapidement que possible, trois jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Avec mes deux doigts, indicateur et médius de la main gauche, introduits dans le vagin et recourbés en crochet, je saisis la tumeur et je l'attirai à la vulve. Puis, me guidant sur ces deux doigts, je glissai des ciseaux courbes sur le plat et, d'un seul coup, je sectionnai le pédicule, dans l'épaisseur duquel je m'étais assuré qu'il n'existait aucun vaisseau artériel important.

Les suites de l'opération furent aussi simples que l'opération elle-même. Il s'écoula un peu de sang dans la journée, mais il suffit de quelques injections avec une solution très étendue de perchlorure de fer, pour

mettre fin à cette hémorrhagie. Et, huit ou dix jours après, la malade pouvait quitter l'hôpital parfaitement guérie.

Lorsque le pédicule est plus mince, on peut essayer de l'arracher, après l'avoir tordu ; c'est un moyen de s'opposer à l'hémorrhagie. Mais cet accident n'est jamais à redouter avec des pédicules assez grêles pour pouvoir être arrachés. Il peut être plus à craindre quand le pédicule est plus épais, néanmoins ce n'est véritablement pas là un danger sérieux, et il suffit de vous rappeler ce que je vous ai dit du peu de vascularisation des tumeurs fibreuses pour le comprendre. J'ai souvent enlevé des polypes fibreux dont le pédicule avait de un à deux centimètres de diamètre, et qui s'implantaient très haut dans la cavité du col, ou même dans celle du corps, au-dessus de l'orifice interne, et jamais je n'ai vu d'hémorrhagie inquiétante se produire. Il est vrai que je me sers fort rarement du bistouri, et c'est presque toujours avec des ciseaux que je pratique la section de ces pédicules. De plus, j'ai soin de procéder à tout petits coups, en guidant l'instrument sur l'extrémité de mon doigt, avec l'ongle duquel je déchire les tissus au-delà des points coupés par les ciseaux. Je puis espérer, en opérant ainsi, que s'il se rencontrait une artère assez volumineuse pour donner lieu à une hémorrhagie dangereuse, il me serait possible d'en sentir les battements, avant qu'elle ne fût ouverte, et alors je procéderais à la ligature en masse ; mais il ne m'est jamais arrivé d'avoir besoin de recourir à cet expédient.

Rien n'empêche, du reste, si l'on craint cet accident, de pratiquer la section du pédicule en se servant, soit de l'écraseur de Chassaignac ; soit du serre-nœud mé-

tallique de M. Maisonneuve — qui n'est, à vrai dire, qu'un écraseur modifié — et dont le maniement est plus facile, lorsqu'il s'agit de contourner une tumeur dont la base est profondément située, comme celles qui s'insèrent dans la cavité utérine ; soit enfin de l'anse galvano-caustique. Ces instruments, qui permettent l'ablation immédiate de la tumeur, sans qu'on ait à redouter l'hémorrhagie, nous sont ici d'un précieux secours ; car ils nous dispensent de ces ligatures à demeure, dont on faisait si grand usage avant leur invention, et qui sont fort heureusement sorties du domaine de la pratique, pour entrer dans celui de l'histoire.

Je me sers indistinctement des uns ou des autres suivant les cas, sans avoir d'autre préférence pour chacun d'eux que la nécessité de pourvoir à certaines indications particulières à chaque fait. Cependant, comme j'ai vu souvent l'anse galvano-caustique se fondre sous l'action d'un courant trop actif ou ne pas chauffer assez pour pouvoir couper avec un courant trop faible, comme j'ai vu le fil du serre-nœud se briser entre mes mains avant que la section ne soit terminée, j'ai l'habitude d'avoir un arsenal complet à ma disposition, afin de pouvoir être en mesure de terminer avec l'instrumeut tranchant une opération qui, sans cela, pourrait demeurer inachevée.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupé que des polypes saillant hors de la cavité utérine, et vous voyez que, même quand ils sont implantés plus ou moins haut dans cette cavité, je considère leur ablation comme nécessaire. Je vais même plus loin et je prétends qu'elle doit être faite aussi quand la tumeur est encore

dans la cavité utérine, si cette tumeur est pédiculée,— ce dont on peut s'assurer, comme je vous l'ai dit dans la Leçon précédente, soit quand le col se dilate spontanément pour permettre les apparitions intermittentes du polype; soit en provoquant artificiellement cette dilatation avec des tentes de laminaria digitata ou d'éponge préparée. Ce n'est pas qu'il soit toujours indispensable de se hâter et de procéder d'urgence à une semblable opération, aussitôt qu'on a établi son diagnostic. La plupart du temps, en effet, les symptômes ne sont pas assez alarmants pour cela et il vaut mieux attendre, parce qu'on peut espérer que le polype ne tardera pas à franchir l'orifice utérin; ce qui serait certainement une condition plus favorable, puisque alors il serait plus accessible et que, selon toute probabilité, son pédicule se serait aminci en s'allongeant. On devra même chercher à faciliter sa propulsion hors de l'utérus en administrant des médicaments capables de provoquer des contractions utérines, comme le seigle ergoté, la rue, la sabine, le biborate de soude, et, en agissant ainsi, on verra souvent le polype fibreux finir par proéminer dans le vagin, ce qui rendra certainement son extraction plus facile. Mais il se pourra faire aussi que, même après de longs mois d'attente, ce mouvement de migration ne se soit pas encore opéré, et alors, en voyant la malade s'épuiser, autant par les douleurs résultant des contractions utérines que par les hémorrhagies auxquelles elle sera soumise, on reconnaîtra la nécessité d'intervenir activement pour la guérir d'une façon définitive et sûre.

C'est ce qui m'est arrivé dans plusieurs cas de polypes à apparitions intermittentes, il en est un que j'ai tenu

en observation, pendant plusieurs années, avant de me décider à aller le détacher du fond même de la cavité utérine sur lequel il était implanté.

La malade dont il s'agit, née en 1824, exerçait la profession de couturière, et avait eu 3 enfants. Elle entra pour la première fois, dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, le 20 février 1867.

Après l'avoir soignée sans grand succès pendant plusieurs années pour une affection que je croyais être une simple métrite chronique, je constatai un jour en pratiquant le toucher pendant le cours d'une métrorrhagie que le col était entr'ouvert et je pus introduire mon doigt dans sa cavité. Je sentis alors une tumeur, dont il ne m'était pas possible d'apprécier les dimensions, qui se présentait au bout de mon doigt et fuyait au-devant de lui, lorsque je la pressais pour en étudier la consistance et les contours.

Imbu, comme je l'étais, de l'idée que je ne pouvais avoir affaire qu'à une métrite chronique, je pris cette tumeur pour un polype muqueux, ou pour un kyste glandulaire, un œuf de Naboth d'un volume un peu exagéré. Dans un cas, comme dans l'autre, il fallait l'enlever et il était tout au moins indispensable de mettre cette tumeur à découvert, pour se bien fixer sur sa nature et sa situation exactes. C'est dans ce but que je dilatai le col avec l'éponge préparée. L'application n'en fut ni difficile ni douloureuse, et, dès le lendemain, je trouvai une dilatation du col telle que mon doigt indicateur put facilement être introduit pour explorer la cavité utérine. J'y trouvai une tumeur ayant le volume d'une grosse noix, que je pus contourner dans toute sa moitié inférieure, sans qu'il me fût pos-

sible d'atteindre son pédicule. Le lendemain, l'orifice était refermé; et alors, ne pouvant plus introduire le doigt, je m'assurai, au moyen de l'hystéromètre, que l'insertion de cette tumeur se faisait très haut dans la cavité utérine, sans qu'il me fût possible de préciser davantage.

J'étais cependant dès lors fixé sur la nature fibreuse de la tumeur et sur la nécessité de l'enlever, aussi tous mes soins tendirent-ils à chercher les moyens de rendre cette ablation plus facile, en favorisant l'issue de la tumeur fibreuse hors de la cavité utérine et son passage dans le vagin. C'est dans ce but que j'administrai le seigle ergoté, mais inutilement. L'utérus se referma pendant l'intervalle des règles pour ne s'entr'ouvrir qu'au moment des époques menstruelles, et encore la tumeur ne fut-elle pas toujours alors parfaitement accessible. Je fis une seconde dilatation artificielle, avec l'espoir d'en profiter pour procéder à l'extraction; mais je jugeai alors qu'il serait imprudent de pousser plus loin mes tentatives et j'y renonçai, au moins pour le moment. Il s'écoula ensuite plus d'une année encore avant que je pusse mettre mon projet à exécution.

Après que le polype se fut montré à diverses reprises (*fig.* 150) j'avais inutilement attendu que les contractions utérines allongeassent le pédicule et permissent à la tumeur de faire saillie dans le vagin ; la descente n'avait pas eu lieu et la tumeur n'avait jamais dépassé l'orifice du col. Mais les hémorrhagies étant incessantes, l'anémie devenait plus profonde et les forces diminuaient ; je me décidai enfin à l'extraction de la tumeur.

La veille du jour choisi pour l'opération, j'avais, avec de forts ciseaux, pratiqué deux larges incisions

latérales sur les lèvres du col, pour permettre à la tumeur de s'engager davantage. J'introduisis le doigt à travers l'orifice élargi par cette double incision, et, quoique j'eusse beaucoup de peine à atteindre jusqu'au fond de la cavité utérine pour limiter la base de la tumeur, qui était fort épaisse, je pus cependant acquérir la certitude que son implantation se faisait à la partie supérieure de la cavité utérine et près de la corne droite de l'utérus (*fig.* 151).



Fig. 150. — Col de l'utérus entr'ouvert et laissant voir le corps fibreux contenu dans la cavité utérine.

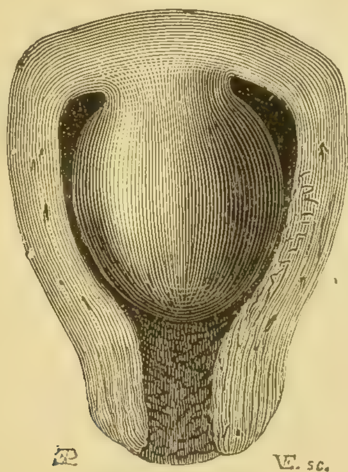


Fig. 151. — Insertion du corps fibreux à la partie supérieure de la cavité utérine.

Comme il était très difficile de manœuvrer dans la cavité utérine remplie par la tumeur, je ne pus me servir des ciseaux courbes, comme j'en avais l'intention, car je craignais de perforer l'utérus; aussi, après avoir donné deux ou trois coups de ciseaux seulement, sur le côté droit du pédicule, je me décidai à l'enserrer avec une anse de fil métallique. Cette manœuvre fut assez difficile pour deux raisons : d'abord à cause

de la profondeur à laquelle il fallait agir; puis parce que les pinces de Museux avec lesquelles j'avais saisi le polype le déchiraient et qu'à chaque instant il glissait sous mes doigts. Mais, dès que l'anse de fil fut posée autour du pédicule, il me suffit de 5 à 6 minutes pour opérer, en me servant du serre-nœud de M. Maisonneuve, la section complète de ce pédicule au niveau même de son point d'implantation. A ce moment survint une difficulté qui ne fut pas sans me causer un certain embarras. La section opérée, le corps fibreux rendu libre, l'utérus se contracta vivement et, si je n'avais eu la précaution de tenir le col dilaté en maintenant un de mes doigts dans son orifice, la cavité utérine se serait certainement refermée, et le polype, quoique détaché, serait resté enchatonné. J'attendis quelques minutes que la contraction fût moins violente et je parvins ensuite à extraire la tumeur.

C'était bien un corps fibreux de forme sphéroïdale, mesurant 4 centimètres de diamètre, tandis que son pédicule avait au point d'implantation 3 centimètres de diamètre, mesurés sur la surface sectionnée (*fig.* 152).



Fig. 152. — Corps fibreux enlevé. — *A*. surface de la base d'implantation sectionnée.

Les suites de l'opération furent exemptes de complications, la malade n'éprouva aucun accident, il n'y eut pas de métrorrhagie ; l'écoulement sanguin fut modéré ; les douleurs abdominales disparurent promptement. A la sortie de la malade de l'hôpital, le col était encore un peu gros; les incisions latérales s'é-

taient cicatrisées, il ne restait qu'une petite ulcération sur la lèvre antérieure; 5 ou 6 follicules étaient enflammés sur la lèvre postérieure; je cautérisai le col avec la solution d'azotate d'argent. La guérison s'est parfaitement maintenue.

Je me suis souvent trouvé depuis en présence de faits semblables et j'ai le plus habituellement pu en temporisant comme je l'avais fait dans ce cas, attendre que le col se fût assez largement ouvert pour laisser le polype descendre au moins en partie dans le vagin, avant de me décider à en pratiquer l'ablation. Cependant il est des circonstances où il faut en quelque sorte agir d'autorité et forcer la porte qui reste obstinément fermée devant vous. Il m'est arrivé une fois par exemple de me trouver en face d'une femme tellement exsangue qu'elle avait une syncope au moindre mouvement qu'elle faisait dans son lit. Quoique son utérus fût complètement fermé je n'hésitai pas à diagnostiquer la présence d'un polype intra-utérin, et à proposer pour l'enlever une opération que le médecin habituel de la malade accepta, malgré la surprise que lui causait ce diagnostic.

Je donnai alors deux larges coups de ciseaux de chaque côté du col, de façon à le fendre dans toute sa hauteur au niveau des commissures, et aussitôt, à l'instant même, on vit un polype gros comme un petit œuf de poule saillir à travers l'orifice du col ainsi élargi et tomber dans le vagin. Une anse de fil fut jetée autour de son pédicule qui était fort large et pendant la section le fil se cassa, ce qui m'obligea à terminer l'opération avec de grands ciseaux courbes. Cette manœuvre n'est pas sans dangers, car on est exposé à

perforer la paroi utérine et à pénétrer dans la cavité péritonéale.

On peut cependant éviter cet accident comme je l'ai fait. Mais il n'en est pas de même lorsqu'on a affaire à des tumeurs sessiles ou intra-pariétales dont on ne peut débarrasser les malades qu'en pratiquant l'énucléation.

C'est une opération que je ne veux pas proscrire d'une façon absolue, car elle peut, dans certains cas fort rares du reste, rendre d'importants services ; mais j'estime qu'un praticien soucieux de la vie de ses malades ne doit l'entreprendre qu'après y avoir sérieusement réfléchi et avoir surtout acquis la certitude qu'il pourra la mener à bonne fin. C'est en effet un de ces principaux écueils, que Demarquay (1) a signalé, en rappelant un fait dans lequel il aidait un des chirurgiens les plus habiles de Paris pour une opération de ce genre, qui ne put être achevée et la malade succomba peu d'instants après des tentatives infructueuses qui avaient été prolongées pendant un temps assez long. Un autre écueil est la menace d'accidents consécutifs sur lesquels le même auteur attire l'attention, en avouant avec une grande bonne foi que sur quatre malades opérées par lui, avec un succès apparent, en ce sens que la tumeur a été enlevée et que la malade a survécu un certain temps, trois sont mortes des suites de l'opération au bout de six semaines, de deux mois et de vingt mois, avec des inflammations péri-utérines suppurées. Ne vous laissez donc pas éblouir par quelques succès

(1) Demarquay, *Note et observations sur les corps fibreux de l'utérus* (*Journ. du Progrès des Sc. méd. et de l'hydrothérapie*. Paris, 1860, t. V, p. 768).

enregistrés à grand bruit et qui témoignent seulement de l'habileté opératoire ou de l'heureuse chance de ceux qui les ont obtenus, et rappelez-vous qu'à côté de ces cas heureux, il y en a de bien plus nombreux — et ils ne sont pas tous connus — dans lesquels la mort de la malade a été la conséquence inévitable de ces hardiesses opératoires.

Le danger dont il est le plus souvent absolument impossible de se garer, résulte bien évidemment et des difficultés de l'énucléation et surtout de la possibilité d'ouvrir le péritoine. On ne peut jamais être assuré que l'on évitera cet accident, car étant donnée une tumeur saillante à moitié ou aux trois quarts dans la cavité utérine, rien ne démontre que sa portion encore incrustée dans le tissu utérin ne perfore pas la paroi, pour aller jusqu'à la surface péritonéale et y faire une saillie analogue à celle qu'elle fait sous la muqueuse.

Chez notre malade du n° 13 de la salle Sainte-Geneviève, j'ai tout lieu de penser que la tumeur, très volumineuse, — qui s'est développée par en bas du côté du vagin, aux dépens de la lèvre postérieure, et peut-être aussi de la paroi latérale gauche de l'utérus, en refoulant cet organe vers la droite ; — j'ai lieu de penser, dis-je, que cette tumeur, — qui fait en même temps saillie du côté de l'abdomen, dans la fosse iliaque, — est au moins aussi rapprochée du péritoine qu'elle peut l'être du vagin. Je ne crois donc pas qu'on puisse l'énucléer sans s'exposer à pénétrer dans cette cavité séreuse, c'est pourquoi je me suis complètement abstenu de toute tentative de ce genre.

Mais, étant donné un cas moins désavantageux, c'est-à-dire avec une tumeur qui serait, à la fois, et moins

volumineuse et moins saillante du côté de la séreuse, on serait en droit de se demander s'il n'y aurait pas quelque chose à faire, et si l'on ne serait pas autorisé à intervenir pour lui faciliter son mouvement de progression vers la cavité utérine, puis sa pédiculisation.

Il s'agirait uniquement de provoquer son énucléation en faisant sur tout le plus grand diamètre de la tumeur, une incision comprenant la muqueuse et les fibres utérines sous-jacentes qui ont pu être refoulées au-devant d'elle, et de pénétrer ainsi dans la loge de tissu cellulaire qui contient le corps fibreux et le sépare du tissu utérin. On pourrait espérer que, les deux lèvres de cette incision, s'écartant l'une de l'autre, la tumeur ferait en quelque sorte hernie entre elles et viendrait tout naturellement proéminer dans la cavité utérine; puis, qu'elle finirait par se détacher elle-même, au bout d'un certain temps, de façon à pouvoir être expulsée spontanément, ou qu'il serait alors facile de l'énucléer en l'attirant par des tractions douces et ménagées, après l'avoir saisie avec des pinces; dût-on aider à cette énucléation en insinuant le doigt ou un instrument à extrémité mousse entre les bords rétractés de la plaie et la surface externe de la tumeur. Ce que nous connaissons des connexions très lâches qui existent entre la surface externe des corps fibreux et le parenchyme utérin, ainsi que l'extrême facilité avec laquelle les tumeurs fibreuses s'énucléent sur le cadavre, permet de penser que le second temps de cette opération pourrait s'accomplir en quelque sorte de lui-même et sans le moindre effort.

Il y a là bien certainement une idée fort séduisante, qui m'avait été suggérée jadis par Nélaton à l'occasion

d'une malade que nous traitions ensemble. Le sujet que nous avons sous les yeux est loin d'être favorable à sa réalisation, puisque la tumeur est au moins autant intra-péritonéale qu'intra-vaginale, et il n'y a pas à espérer que, même en lui ouvrant une large voie du côté du vagin, elle pourra se détacher pour sortir par cette issue ; cependant j'ai voulu le tenter. Si cet essai n'a aucune valeur pour prouver l'excellence de la méthode, il nous servira du moins à démontrer sa parfaite innocuité.

J'ai, peu de jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, mis la tumeur à découvert au moyen du spéculum univalve; puis, avec le bistouri, j'ai, sur la plus grande circonférence, fait une incision prolongée de droite à gauche dans une longueur de 6 à 8 centimètres et avec une profondeur de un centimètre et demi à deux centimètres. Il ne s'en est écoulé que fort peu de sang, et huit ou dix jours après, toute trace de cette incision ayant disparu, j'en ai pratiqué une autre de mêmes dimensions, à peu près sur le même point. Cette dernière a eu plus d'effet, car, par le toucher pratiqué au bout d'une semaine, on sentait la tumeur proéminer entre les deux lèvres de cette incision, encore écartées l'une de l'autre, la lèvre gauche formant une sorte de bourrelet saillant. Mais, aucun travail d'énucléation ne correspondant à cet écartement, je me suis bien gardé pour les raisons que je vous ai données, de chercher à le provoquer en aucune façon, en exerçant des tractions quelconques sur la tumeur, et j'ai dû réserver une tentative plus complète pour une circonstance plus favorable qui ne s'est pas encore présentée à moi.

Cette opération serait toute différente de celle de la

fragmentation ou du morcellement applicable seulement aux polypes plus ou moins pédiculés, trop volumineux pour pouvoir être enlevés en bloc, d'un seul coup et dont les dimensions opposent souvent un obstacle insurmontable à la manœuvre des instruments.

Si au lieu de proéminer du côté de la cavité utérine la tumeur proémine du côté de la cavité péritonéale, elle peut encore être enlevée à l'aide d'une opération semblable à celle de l'ovariotomie ; mais combien sont rares les cas à l'occasion desquels cette opération peut être consciencieusement et utilement pratiquée. Il est certain que si au début de la maladie de la jeune fille sur le cadavre de laquelle j'ai trouvé plus tard une tumeur fibreuse du poids de 26 kilogrammes (1), on avait reconnu assez à temps l'existence de cette tumeur et on avait eu l'heureuse inspiration de songer à l'enlever on aurait pu peut-être y parvenir, car elle avait un pédicule assez mince pour pouvoir être facilement saisi par le clamp. Mais voyez combien dans ce cas en apparence si favorable, les adhérences excessivement nombreuses et vasculaires qui unissaient la tumeur à l'intestin et à l'épiploon auraient rendu l'opération laborieuse et difficile, et songez à ce que les difficultés doivent être lorsqu'au lieu d'une seule masse si nettement pédiculée, on rencontre un groupe de tumeurs juxtaposées les unes à côté des autres et pénétrant plus ou moins profondément dans le tissu utérin, de telle sorte qu'il faille pour les extraire les morceler et enlever avec elles tout ou partie de la matrice. C'est pourquoi il me semble difficile de ne pas se rallier à

(1) Voyez p. 831 à 837, *fig.* 140 et 141.

l'opinion de West (1) lorsqu'il dit : « *C'est un procédé*
« *opératoire qu'il faut condamner; il est d'une*
« *exécution difficile, presque toujours fatale ou*
« *environnée de dangers que la sagesse ne peut pré-*
« *voir ni l'habileté éviter.* »

Que faire dans ces cas où la chirurgie est impuissante ? Il ne reste plus qu'à recourir au traitement médical, et sans se bercer de trop grandes illusions sur les résultats qu'il peut donner, on est cependant autorisé à l'entreprendre avec une certaine confiance, car bien des faits peuvent témoigner en faveur de son efficacité. Retenez d'abord ceci, Messieurs, c'est qu'il y a des exemples parfaitement authentiques de tumeurs fibreuses qui ont non seulement diminué de volume, mais qui ont complètement disparu au bout d'un certain temps. M. Guéniot (2) en a vu un cas sur lequel il n'est pas possible de conserver le moindre doute, et dont il a rapproché quelques exemples analogues ; Ashwell (3) dit en avoir observé quatre également authentiques. M. Guéniot considère ces résorptions comme absolument spontanées et il les explique par un travail de régression dû à la dégénérescence graisseuse du tissu morbide. Ashwell, sans donner son avis sur la nature du travail de physiologie pathologique d'après lequel elles s'opèrent, pense que le traitement employé n'est pas étranger à leur production. Peut-être n'a-t-il pas tout à fait tort et la raison nous commande de tenir compte de cette opinion plus rassurante, tant pour nous inciter à chercher le moyen thérapeutique le plus

(1) West, *loc. cit.*, p. 360.
(2) Guéniot, Communication à l'Acad. de méd.
(3) Ashwell, *The Lancet*, février 1854.

propre à nous faire obtenir ce résultat, qu'à nous encourager à employer celui sous l'influence duquel il paraît s'être le plus souvent produit. Il me paraît d'autant plus logique de suivre cette voie, que sans avoir jamais observé de résorption complète, j'ai vu souvent des tumeurs, non seulement ne pas augmenter, mais même diminuer considérablement de volume ; ce qui, à défaut d'une guérison radicale sur laquelle il n'est guère permis de compter, constitue une amélioration tout particulièrement désirable dans les cas qui sont complètement au-dessus des ressources chirurgicales et dans lesquels il serait imprudent ou dangereux d'intervenir activement ; ou pour ceux dans lesquels, l'opération devant être retardée, on a besoin d'attendre le moment propice pour la pratiquer.

Dans ces deux cas, vous pourrez donner de l'iode sous toutes ses formes, à l'intérieur et à l'extérieur, en sirop, en potions, en frictions, en pommades, etc. Vous y joindrez la sabine, si vous le trouvez bon ; vous emploierez simultanément ou alternativement les alcalins, pourvu que vous ne les donniez pas avec excès ; et, si le volume des tumeurs que vous traiterez ainsi ne change pas ou même augmente, vous devrez en être plus affligés que surpris. Mais vous continuerez ce traitement, parce qu'il faut faire quelque chose, et qu'en somme c'est le plus rationnel et le plus logique.

Ajoutez-y l'usage régulier et continué pendant plusieurs années des eaux minérales de Kreuznach, qui sont si avantageusement suppléées par celles de Salins (Jura) ou de Salies en Béarn et même celles de Bex (Suisse). — Je les remplace quelquefois par celles des eaux-mères des salines, et plusieurs de

mes malades s'en sont parfaitement bien trouvées.

Ce sont avec l'usage méthodique et largement employé de l'eau froide, en bains de siège, en injections, en douches, etc., les seuls moyens qui m'ont paru sérieusement réussir quoique j'aie essayé, et souvent avec persévérance, la plupart de ceux qui ont été préconisés.

Je ne sais pourtant rien encore de l'électricité qui vient d'être vantée par M. Aimé Martin (1) ; mais je crains bien qu'il n'y ait là encore de grandes illusions, qu'une plus longue expérience ne tardera pas à faire évanouir.

En ce qui concerne le seigle ergoté et l'ergotine tant à l'intérieur qu'en injections sous-cutanées, je suis plus instruit, car ces deux médicaments ont été largement essayés par moi sans le moindre succès constant, au point de vue de la diminution réelle et persistante du volume des tumeurs fibreuses, sur la nutrition desquelles je crois être en droit de vous affirmer qu'ils n'exercent aucune influence appréciable. Cependant ils peuvent être utilement employés dans d'autres circonstances et voici celles dans lesquelles il convient de les administrer.

Si une tumeur fait saillie du côté de la cavité utérine et que vous puissiez espérer la voir s'en détacher et se transformer en un polype, vous favoriserez ce travail en donnant du seigle ergoté, soit seul, soit associé avec un peu de poudre de sabine ou de rue. Prescrivez par exemple :

℞ Seigle ergoté fraîchement pulvérisé...........	5 gram.
Poudre de rue ou de sabine..................	3 gram.
Mêlez et divisez en 16 paquets.	

(1) Aimé Martin, *Des fibro-myômes utérins et de leur traitement par l'action électro-atrophique des courants continus* (*Annales de Gynécologie*, t. XI, 1879).

On en fait prendre un ou deux par jour, et on interrompt lorsque les contractions utérines se sont produites avec une énergie suffisante — ce qu'on apprécie d'après l'intensité des coliques — pour reprendre huit ou dix jours après.

Le seigle ergoté peut aussi être administré à titre d'hémostatique aux doses et d'après les formules que je vous ai indiquées dans le traitement de la métrite chronique (1), et, dans ces cas, vos prescriptions ont un effet réellement utile, non pas, je ne saurais trop vous le répéter, pour guérir les tumeurs fibreuses, mais pour faire disparaître un de leurs symptômes les plus effrayants.

L'application du froid agit aussi d'une façon merveilleuse dans ces cas et j'ai vu assez souvent, notamment chez notre malade du n° 13, l'usage d'une vessie de glace, maintenue sur l'abdomen pendant plusieurs jours, non seulement arrêter la métrorrhagie à l'occasion de laquelle on avait eu recours à ce moyen, mais provoquer un retrait marqué dans le volume de la tumeur. Je considère pourtant que ce retrait est plus apparent que réel, il porte moins sur la tumeur que sur l'utérus lui-même qui est, comme vous le savez, le siège d'une inflammation susceptible de se dissiper en partie sous l'influence du froid.

Je n'insiste pas sur l'emploi de ces moyens qui, s'ils ne sont pas curatifs, ont du moins une très grande utilité à titre de palliatifs, aussi bien que les narcotiques, qu'il faut savoir également employer, lorsque les phénomènes douloureux prédominent.

(1) Voy. p. 687 et suiv.

Je ne vous parle pas des laxatifs à prescrire s'il y a de la constipation ; de la nécessité de sonder les malades en cas de rétention d'urine; de l'utilité d'une ceinture élastique pour soutenir l'abdomen, lorsque la tumeur fibreuse gêne par son poids : ce sont là des moyens accessoires, dont vous pouvez parfaitement saisir les indications en vous rappelant que l'ablation est le seul traitement radical, mais que si elle doit être résolument entreprise toutes les fois qu'elle est praticable, sans que la vie de la malade en puisse être sérieusement compromise, il faut savoir s'en abstenir dans le cas contraire et surtout éviter de l'entreprendre si on n'a pas la certitude absolue de pouvoir la mener à bonne fin.

XX

CANCER DE L'UTERUS.

Anatomie pathologique. — Incertitude des notions fournies par le microscope. — Propagation du cancer aux organes voisins. — Métrorrhagie. —Nature des écoulements vaginaux dans le cancer utérin. — Signes fournis par le toucher et le spéculum. — Leur différence suivant que le cancer est ulcéré ou non. — Cancer de la cavité du corps de la matrice. — Diagnostic différentiel avec la métrite chronique et avec les tumeurs fibreuses.

MESSIEURS,

Le cancer de l'utérus est un de ceux qui se rencontrent le plus fréquemment; il résulte même des recherches d'anatomie pathologique de Mme Boivin et de Dugès, confirmées par les relevés statistiques de Tanchou, qu'à lui seul il représente plus de la moitié du nombre total des cas de cancer observés chez la femme. — On a pensé qu'il existe plusieurs espèces ou variétés de ce cancer, nécessitant chacune une description séparée, et les auteurs sont entrés à cet égard dans de fort longs développements, dans lesquels nous nous garderons bien de les suivre, car toutes ces distinctions nous paraissent peu utiles dans la pratique, sauf peut-être en ce qui concerne la variété dite *épithéliome cylindrique,* qui peut ressembler complètement à un polype muqueux simple,

quoique ce soit une tumeur maligne, susceptible de récidive et même de généralisation. En réalité, la distinction la plus utile au point de vue clinique, serait celle qui consisterait à envisager séparément le cancer non ulcéré et le cancer ulcéré. Mais vous savez que l'ulcération n'est autre chose qu'un résultat du progrès naturel de la maladie; ce caractère ne suffit donc pas pour créer une espèce nouvelle ; il indique seulement un degré, une phase plus avancée dans le développement de l'affection cancéreuse.

Les lésions anatomiques qui correspondent à la première période de la maladie sont bien moins connues que celles qui se rencontrent plus tard ; d'abord parce qu'on a beaucoup moins souvent l'occasion de faire des examens à cette époque, ensuite parce que toutes les productions morbides auxquelles on a donné le nom de *néoplasmes*, présentent, au moment de leur formation, des caractères communs qui peuvent alors permettre de les confondre entre elles.

Plus tard, au contraire, quand un produit morbide est complètement développé, on peut mieux étudier ses caractères fondamentaux et reconnaître jusqu'aux *nuances* qui peuvent le séparer de produits présentant une composition analogue, non seulement au point de vue anatomique, mais même au point de vue histologique. Mais ce n'est pas sur de simples *nuances* qu'une distinction aussi importante doit reposer lorsqu'il s'agit du cancer, et je pense, avec Aran, qu'il convient de comprendre sous cette dénomination toutes les productions organiques qui se distinguent par leur malignité et ont pour caractère fondamental de posséder à la fois ces deux propriétés essentielles, *des-*

tructivité, reproductivité, quelles que soient, du reste, les différences histologiques qu'elles puissent présenter à certains moments de leur évolution.

J'appelle tout particulièrement votre attention sur ce point, parce que, malgré ses prétentions à l'exactitude et à la précision la plus rigoureuse, le microscope ne me paraît pas avoir dit à ce sujet son dernier mot, et, comme ses enseignements ont souvent varié, la vérité du jour devenant l'erreur du lendemain, nous ne sommes pas autorisés à nous en tenir aux seuls signes qu'il permet de constater pour caractériser le cancer de l'utérus.

Voyez en effet, Messieurs, quelles n'ont pas été ses variations : autrefois, quand on établissait des différences fondamentales entre le squirrhe et l'encéphaloïde, quand on en faisait deux espèces de cancers, on admettait que le squirrhe était beaucoup plus fréquent que l'encéphaloïde, tandis qu'aujourd'hui on accepte que ce sont là deux variétés de la même espèce, dont les types sont reliés par des nuances infinies. — A l'époque où Lebert et son école faisaient tant de bruit dans la science avec leurs cellules spécifiques, nous avions dans la cellule cancéreuse le seul caractère anatomique du cancer, dont on avait séparé les tumeurs fibro-plastiques et les tumeurs épithéliales, que les observations ultérieures ont bien forcé de rattacher au cancer.

Alors, tous ces produits nouveaux étaient considérés comme des espèces de corps étrangers, comme des parasites se développant au sein de nos tissus et y vivant d'une vie en quelque sorte indépendante, à la façon des corps fibreux dont je vous parlais dernièrement. Aujourd'hui la question a pris un tout autre as-

pect, et l'on est, je crois, plus près de la vérité en admettant que les modifications, apportées par la maladie au sein des tissus normaux, se font au moyen d'éléments qui ne diffèrent en rien de ceux existant dans l'organisme sain, mais qui y affectent un autre mode de groupement, et s'y développent dans des conditions tout à fait nouvelles.

Aussi, lorsque l'on veut déterminer la texture d'un tissu morbide, le fait-on, non plus en tenant compte d'un seul des éléments qui entrent dans sa constitution, mais d'après un ensemble de signes qui donnent la caractéristique de sa composition anatomique.

On peut donc dire que les histologistes modernes mieux inspirés, ou, ce qui serait plus juste, plus éclairés que leurs prédécesseurs, ont sur eux cette supériorité que, quand ils cherchent à déterminer la nature et le mode d'évolution d'une tumeur, ils tiennent compte au moins autant de ses propriétés cliniques que de ses caractères purement anatomiques. — C'est en procédant ainsi qu'ils sont arrivés à rapporter au cancer de l'utérus des altérations anatomiques d'aspect fort divers.

En première ligne, ils placent ce qu'ils appellent le *cancer vrai,* c'est-à-dire une tumeur de structure alvéolaire, comprenant deux variétés, le *squirrhe* et l'*encéphaloïde*. — Ce cancer serait essentiellement constitué par des espaces ou alvéoles plus ou moins remplis de cellules, et limités par des lames de tissu conjonctif. Quand le tissu conjonctif est très abondant, quand les alvéoles sont petites et les cellules peu nombreuses, on dit qu'il y a *squirrhe.* Au contraire, la grande richesse en cellules et en vaisseaux, et la pauvreté en tissu conjonctif sont des caractères qui appar-

tiennent à l'*encéphaloïde.* — Mais cette distinction n'a rien que de relatif, et, s'il est juste de créer des noms différents pour les *types* de squirrhe et d'encéphaloïde, on rencontre beaucoup de tumeurs échelonnées de l'une à l'autre variété, si bien que les *nuances* qui les séparent tendent de plus en plus à disparaître. On fait remarquer cependant que l'encéphaloïde est plus grave que le squirrhe, qu'il s'étend plus vite au sein des tissus, qu'il pullule plus facilement dans le voisinage, enfin qu'il se généralise beaucoup plus souvent.

Ce qu'il importe surtout de bien constater, c'est que les cellules contenues dans les alvéoles de ces cancers n'ont rien de caractéristique, qu'on y en rencontre de toutes les formes et de toutes les grandeurs, depuis la cellule embryonnaire, jusqu'à cette grande cellule à gros noyau et à nucléole brillant, qu'on trouve si facilement dans le suc cancéreux, et que l'on avait décrite comme la cellule spécifique du cancer.

A côté de ces deux variétés principales de cancer, ayant leur point de départ dans l'épaisseur du parenchyme utérin, et affectant principalement le tissu conjonctif, ou ayant débuté par lui, on fait figurer les tumeurs malignes épithéliales, débutant dans les couches profondes de la muqueuse, renvoyant çà et là des jetées épithéliales dans lesquelles se développent les *globes épithéliaux* caractéristiques de ce genre de tumeur. Cette variété de cancroïde porte le nom d'*épithéliome lobulé.* On a décrit deux autres variétés d'épithéliome : l'*épithéliome tubulé* ou *cylindroma,* de Billroth (*tumeur hétéradénique* de Robin), et l'*épithéliome cylindrique,* paraissant se développer tous deux aux dépens des culs-de-sac glandulaires.

Mais ces questions de développement des tumeurs sont très obscures, et je me borne à vous indiquer les opinions les plus généralement acceptées aujourd'hui, tout en vous faisant remarquer qu'il y a entre les tumeurs cancéreuses constituées par l'épithéliome cylindrique, qui se pédiculisent, et certains polypes muqueux, d'origine simplement inflammatoire, de si grandes ressemblances de configuration et de structure que les plus habiles peuvent se trouver embarrassés, lorsqu'il s'agit de les distinguer. Pour mon

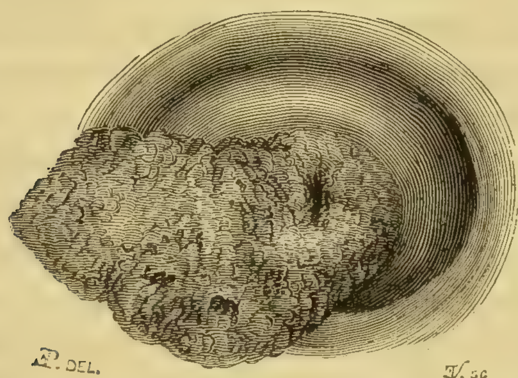


Fig. 153. — Végétation en chou-fleur du col de l'utérus (dessin emprunté à l'atlas de M. Huguier).

compte, je crois que la confusion a été souvent établie dans les descriptions que l'on nous a données des tumeurs en *crêtes de coq* ou en *choux-fleurs* (*fig.* 153) sur la nature véritable desquelles je conserve les plus grands doutes.

En ce qui concerne les affections véritablement et incontestablement cancéreuses, il nous reste encore à parler des *sarcomes*, espèces de tumeurs composées d'éléments fibro-plastiques. D'après Virchow, ils se développeraient surtout aux dépens de la muqueuse du

corps de l'utérus; ils seraient du reste assez rares.

Enfin viennent les *tumeurs mixtes :* tantôt une tumeur primitivement bénigne prendrait des caractères de malignité, par exemple un myome deviendrait un myo-sarcome (Virchow); tantôt une tumeur maligne à marche un peu lente serait surmontée d'un tissu de bonne nature. Par exemple, un cancer peut, sous une poussée d'inflammation, se détruire par place; dans ce lieu naîtraient des bourgeons purement inflammatoires, et même des papilles.

Tant que l'observation clinique ne permettra pas d'établir de différences très nettement appréciables, dans les symptômes, la marche et l'évolution de chacune des tumeurs à noms si divers que je viens de vous énumérer, je ne pourrai me résoudre à y reconnaître des espèces pathologiques distinctes, et je continuerai à les englober dans une seule et même description, sous le nom de *cancer,* ou, si mieux vous aimez, de *tumeurs malignes* de l'utérus. Je ne veux pas préjuger ce que l'avenir pourra jeter de lumière sur cette distinction de nature et d'espèces, qui ne repose pas aujourd'hui sur des bases assez solides pour pouvoir être admise sans conteste; mais je puis prévoir que la difficulté contre laquelle nous nous heurtons ne sera pas résolue de longtemps, car ces divers états morbides, ces divers tissus pathologiques, ont le même aboutissant : *destruction, pullulation.* Ils y arrivent plus ou moins rapidement, j'en conviens, mais cette plus ou moins grande rapidité de l'évolution du produit morbide ne dépend pas seulement, et surtout pas exclusivement, de sa composition histologique. Ces différences tiennent bien plutôt à l'idiosyncrasie du sujet lui-même, à la façon

dont l'organisme est impressionné par la présence de la maladie qui l'affecte. Enfin, à ce point de vue, il est une question préjudicielle, qui n'a pas encore pu être résolue, et qui ferait le sujet d'un travail intéressant pour celui qui aurait la patience et le temps d'entreprendre les recherches qu'elle comporte, ce serait de savoir si, dans la transmission héréditaire, la constitution histologique des tumeurs malignes reste immuable d'une génération à l'autre, comme elle devrait le faire s'il s'agissait d'espèces distinctes. Mais comment se reconnaître dans ces recherches, puisqu'à dater du moment où l'ulcération s'est produite, toutes les variétés de forme se confondent dans une destruction moléculaire, dans laquelle les caractères histologiques fondamentaux n'existent plus !

Les altérations anatomiques, constatées à l'œil nu, présentent aussi des différences d'aspect et de forme ayant servi de base à des distinctions d'espèces qui malheureusement ne concordent que fort rarement avec celles qui reposent sur l'examen microscopique ; et c'est justement ce défaut de concordance qui témoigne à mes yeux du mal fondé de ces distinctions.

Dès le début, l'altération due au cancer consiste en une induration manifeste, avec épaississement des tissus qui sont comme lardacés, criant sous le scalpel et offrent une coloration d'un blanc bleuâtre, marbrée de stries rouges dues à la présence d'un certain nombre de vaisseaux sanguins, plus abondants dans l'encéphaloïde que dans les autres formes. La masse morbide est tantôt comme infiltrée dans tout le tissu utérin, surtout dans l'épaisseur du col ; tantôt réunie en tumeur. Cependant les tumeurs ainsi formées, tout en étant

saillantes à la surface de l'utérus, ne sont jamais assez distinctes pour pouvoir être complètement énucléées, et, en tout cas, ne sont pas séparées du tissu sain par une coque analogue à celle qui enveloppe les tumeurs fibreuses. Plus tard, l'extension des produits morbides au sein du parenchyme utérin gagnant de proche en proche, on voit survenir le ramollissement des parties envahies, précédant souvent le travail d'ulcération, qui marque la seconde période de l'affection cancéreuse.

Le cancer de l'utérus débute le plus ordinairement par le col, ou du moins par cette portion du col qui est saillante dans le vagin et qui a reçu le nom de museau de tanche. Mais il ne reste pas indéfiniment circonscrit dans cette portion de l'organe, à partir de laquelle il s'étend, en se propageant à tous les tissus environnants.

Il est extrêmement rare que le corps de l'utérus soit primitivement envahi avant le col, mais cependant cela se rencontre quelquefois, et nous en avons vu un très remarquable exemple chez une femme qui avait succombé à un cancer ulcéré de l'estomac. A l'autopsie nous avons trouvé — outre la lésion stomacale et des plaques cancéreuses disséminées tant sur la plèvre que sur le péritoine — les altérations suivantes, du côté des organes génitaux internes :

Le corps de l'utérus adhérait aux organes voisins et ne formait avec eux qu'une seule masse agglutinée par ce tissu nouveau, si bien qu'on ne put pas isoler ces organes. Ses parois, complètement transformées, et dont il était impossible de mesurer l'épaisseur, puisque leur limite externe nous échappait, étaient constituées par un tissu blanc grisâtre, opaque, ramolli en quelques points, et très vasculaire. Je vous dirai dans un ins-

tant quelle était la nature histologique de ce tissu.

Le col utérin, quand on le touchait par le vagin, paraissait assez volumineux, bien limité, un peu dur cependant, mais sans bosselures. On sentait un orifice irrégulier, qui fut d'abord considéré comme l'orifice du col. Mais, quand on eut incisé latéralement le vagin et qu'on eut examiné le col utérin à nu, on reconnut que cet orifice, senti par le doigt, n'était point celui du conduit cervical, mais bien celui d'une sorte de canal d'ulcération creusé en pleine tumeur. La véritable ouverture du col se trouvait à un centimètre et demi en arrière. La muqueuse tapissant les cavités du col et du corps de l'utérus était parfaitement saine dans toute son étendue. La tumeur occupait donc le tissu propre du corps et du col utérin, mais le col était relativement sain, car il avait gardé sa forme, ou à peu près; tandis que le corps de l'utérus n'était plus qu'une masse confuse. De plus c'était une tumeur interstitielle infiltrant tout le tissu propre de l'utérus et laissant les cavités intactes.

Cette intégrité des cavités internes et particulièrement de leur muqueuse est assez remarquable et doit être opposée à ce qui se rencontre dans certains autres faits où le cancer, affectant plus particulièrement le corps même de l'utérus (1), paraît avoir débuté par la muqueuse et non par le parenchyme, comme cela avait lieu dans le cas actuel. Les lésions n'étaient du reste pas limitées ici à l'utérus, et le vagin était aussi intéressé. Sur sa face antérieure, nous avons trouvé deux petites tumeurs de la grosseur d'un noyau de cerise; ces tumeurs, dures et blanchâtres, soulevaient légèrement la muqueuse, in-

(1) Voyez p. 946 et suiv.

tacte à leur niveau. La paroi postérieure ne contenait qu'une seule tumeur, grosse comme une cerise, soulevant aussi la muqueuse sans l'ulcérer.

Voici maintenant ce que nous a montré le microscope : Des coupes ont été faites et sur le tissu de la tumeur de l'utérus et sur le tissu de la tumeur du vagin ; sur les deux préparations on a trouvé la même altération consistant en une accumulation irrégulière de cellules de toutes formes dans des espaces lacunaires, ces alvéoles sont limitées par des travées de tissu conjonctif, çà et là les travées sont détruites et les cellules forment tout le tissu ; dans beaucoup de points les cellules et le tissu conjonctif sont infiltrés de granulations graisseuses. Il y a beaucoup de vaisseaux adultes dans ces tumeurs, qu'il convient de rapporter à l'encéphaloïde.

Le tissu musculaire utérin se reconnaît encore par places et l'on voit des fragments et des faisceaux qui ont persisté au sein du tissu nouveau, mais ces fragments nous présentent des fibres musculaires très altérées, car elles ont toutes subi la dégénérescence granulo-graisseuse, surtout dans leurs noyaux ; aussi les reconnaît-on plutôt à leur caractère général de fasciculation qu'à leurs caractères personnels (réaction au carmin et à l'acide acétique, forme du noyau).

Dans le vagin, le tissu nouveau a gagné la muqueuse, jusque dans les couches sous-épithéliales ; à ce niveau l'infiltration cellulaire est très abondante ; évidemment nous étions à la veille d'une ulcération.

Le cancer, une fois ulcéré, présente des aspects fort divers, mais qui permettent de le ramener à deux types principaux : ou l'ulcération creuse et détruit les tissus qui sont en quelque sorte rongés par elle, ou l'on voit,

du sein des parties ulcérées, s'élever des végétations plus ou moins fongueuses qui, par la couleur et la consistance du tissu qui les compose, justifient parfaitement la qualification de tissu *encéphaloïde* qui leur a été appliquée. Souvent ces deux formes se combinent; alors on voit d'un côté s'élever une de ces végétations fongueuses polypiformes, que l'on désigne sous le nom de *champignons cancéreux*, tandis qu'au voisinage, il existe une ulcération plus ou moins profonde, irrégulière, anfractueuse, à la surface de laquelle il ne se fait aucun bourgeonnement. D'autres fois, l'ulcération seule se fait remarquer, sans bourgeonnement; il y a alors la variété décrite sous le nom d'*ulcère rongeant* de l'utérus, qui paraît correspondre plutôt aux formes épithéliales du cancer.

Voici une pièce que nous avons pu recueillir il y a quelques jours, et sur laquelle vous voyez un exemple remarquable de cancer rongeant; cette pièce est, du reste, intéressante à plus d'un titre. Il s'agit d'un épithéliome cylindrique. La matrice s'ouvre largement dans le vagin par une cavité énorme, remplie d'une boue sanieuse, grisâtre. Les parois de l'utérus sont en très grande partie détruites; cependant, en quelques points, on peut faire des coupes pour l'examen histologique (1). Sur ces coupes, on rencontre çà et là, dans toute la profondeur du tissu utérin, des groupes d'épithélium cylindrique, bordant des cavités irrégulières plus ou moins grandes. Les fibres de l'utérus sont altérées: un petit nombre seulement présentent le caractère des fibres musculaires lisses. Le reste réagit sous

(1) L'examen histologique de cette pièce et de la précédente a été fait par M. Grancher, qui était alors mon interne.

l'acide acétique comme le tissu conjonctif, en se gonflant fortement et prenant une apparence rubanée. Au fond de l'utérus, une tumeur polypeuse est appendue, et remplit une partie de la cavité. A l'examen histologique, cette tumeur offre la structure des myômes jeunes (faisceaux musculaires lisses enchevêtrés, vaisseaux). On trouve çà et là, autour de l'utérus, des kystes nombreux remplis de matière cancéreuse.

J'ai vu deux cas, et je vous les rapporterai dans un instant, dans lesquels le cancer était limité à la muqueuse de la cavité du corps de l'utérus (1).

Quelle que soit la forme qu'affecte le cancer, le mal va toujours gagnant de proche en proche. Après avoir débuté par le museau de tanche, il remonte le long du col jusqu'au corps de l'utérus qu'il atteint souvent; mais, avant d'arriver là, il trouve l'insertion du vagin, et il est bien rare que ce dernier organe ne participe pas à l'affection cancéreuse de l'utérus. Le vagin s'indure, s'infiltre de matière cancéreuse qui, par son intermédiaire, gagne jusqu'au rectum ou arrive jusqu'à la vessie, en avant. Les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale sont souvent détruites par l'ulcération (*fig.* 154). D'autres fois cette dernière s'étend à travers le corps de l'utérus et le perfore jusqu'au péritoine qui devient alors le siège d'inflammations plus ou moins violentes, plus ou moins étendues, suivant les cas. On trouve toujours des adhérences et des brides celluleuses, témoignant de l'existence de ces péritonites qui, dans les cas ordinaires, ne s'étendent pas au delà du petit bassin.

Les ganglions lombaires sont souvent infiltrés de

(1) Voyez p. 946.

matière cancéreuse, et il n'est pas rare de trouver

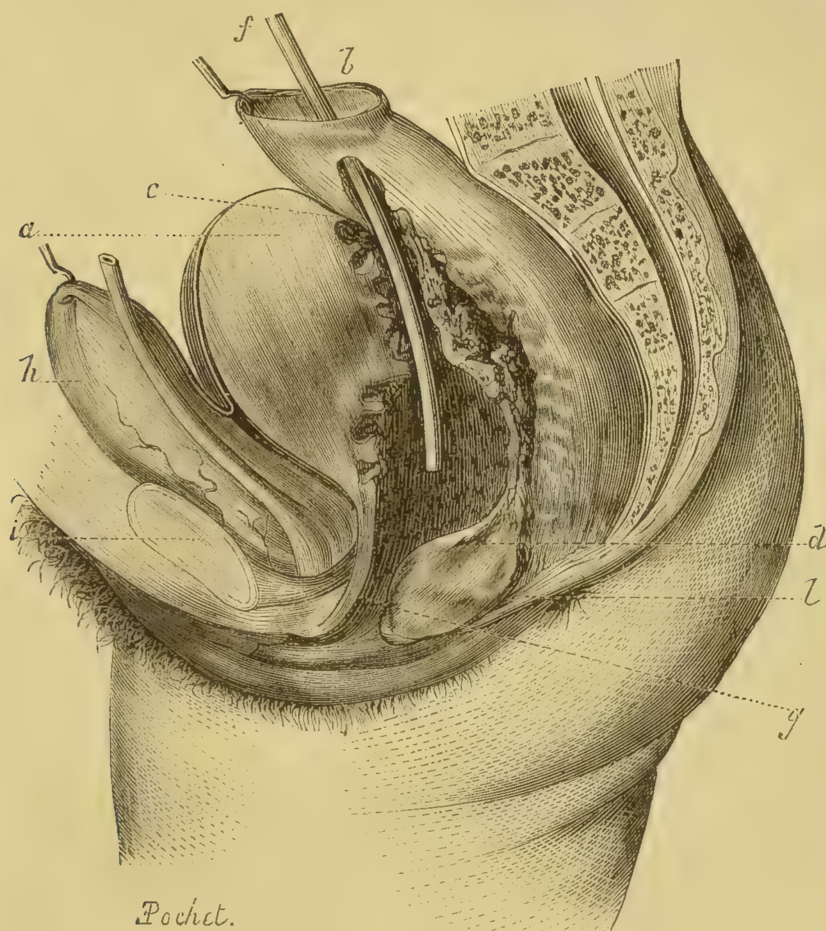


Fig. 154. — Cancer de l'utérus, du rectum, de la paroi postérieure du vagin, avec destruction totale du museau de tanche (*).

du cancer dans d'autres organes, en même temps que

(*) La femme qui a fourni cette pièce pathologique était depuis longtemps sujette à une constipation opiniâtre : elle n'allait à la garde-robe que tous les huit, douze ou quinze jours ; c'est après de violents efforts pour aller à la garde-robe qu'elle s'aperçut que les excréments sortaient par le vagin. — *a*, l'utérus sans trace de cavité ; — *b*, le rectum perforé ; — *cc*, perforation du tissu de l'utérus ; — *d*, portion épaissie du rectum adhérente à la paroi postérieure du vagin ; — *f*, stylet ; — *g*, paroi antérieure du vagin ; — *h*, vessie ; — *i*, pubis ; — *l*, sphincter de l'anus. (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXXI.)

dans l'utérus, comme cela avait lieu chez la femme dont nous avons fait l'autopsie et qui était affectée de cancer de l'estomac, de la plèvre et du péritoine, en même temps que de cancer de l'utérus (1).

Les symptômes de cette grave affection diffèrent énormément, suivant l'époque de la maladie à laquelle chacun d'eux est observé. L'un des plus importants, parce qu'il existe à peu près constamment dans tous les cas, et, parce que, dans un très grand nombre, il se produit dès le début, et peut ainsi servir à déterminer assez approximativement l'époque de l'invasion du cancer, c'est la métrorrhagie. On voit, en effet, des hémorrhagies assez abondantes survenir tout à coup, sans cause connue et précéder de plusieurs mois la manifestation des autres symptômes du cancer utérin qui les occasionne. Ces métrorrhagies ne sont donc pas à ce moment le résultat de l'ulcération du tissu morbide; ce n'est que plus tard qu'elles reconnaissent cette cause; alors elles sont plus abondantes encore, plus fréquemment répétées et, par suite, déterminent une déperdition de forces beaucoup plus grande que dans le premier cas.

Peu de temps après ces hémorrhagies, on ne tarde pas à voir survenir un écoulement vaginal assez abondant et qui, dans les commencements, ne diffère pas de l'écoulement leucorrhéïque de la métrite chronique, ou de l'écoulement séreux qui, dans les cas de tumeurs fibreuses, alterne avec les métrorrhagies. Plus tard cet écoulement prend des caractères spéciaux que nous allons retrouver, ainsi que les autres symptômes les plus

(1) Voyez p. 928.

caractéristiques du cancer, sur une malade qui est en ce moment soumise à notre observation et qui est couchée au n° 26 de la salle Sainte-Geneviève. Elle n'est âgée que de 27 ans; son apparence extérieure est bonne, son teint, frais et presque rose, respire la santé, et cependant elle est atteinte d'un cancer utérin assez grave et assez nettement caractérisé, pour que je puisse vous le présenter comme un véritable type de cette affection.

D'abord, au point de vue de l'étiologie, nous trouvons chez elle l'influence de l'hérédité, la seule des causes assignées au cancer à laquelle les faits nous permettent d'attribuer une importance incontestable. La mère de notre malade est morte d'une affection du foie, sur laquelle nous pourrions ne pas arrêter notre attention si nous n'apprenions pas en même temps que cette mère avait deux sœurs qui, elles aussi, sont mortes assez jeunes, l'une hydropique, l'autre enlevée par une affection que la malade désigne elle-même sous le nom *d'ulcère de la matrice*. Nous n'avons aucun renseignement sur la santé du père, mais ceux-là suffisent pour nous montrer le cancer existant dans cette famille.

Notre malade, réglée à 14 ans, bien dès le début, et mariée à 17, a eu 5 accouchements, dont un à 8 mois et 4 à terme, qui n'ont rien présenté de particulier à noter. C'est aussitôt après son dernier accouchement, il y a deux ans, qu'elle vit se produire un écoulement vaginal, qui n'a pas cessé, mais qui s'est singulièrement modifié depuis. Au commencement, il était simplement muqueux et fort peu abondant; plus tard, et il y a de cela un an à peine, il devint plus abondant, moins épais, et fit sur le linge des taches d'un gris sale,

qui ne l'empesaient pas comme les taches simplement jaunâtres du début. Quelques gouttes de sang ne tardèrent pas à modifier la couleur de cet écoulement, et, il y a six mois, survinrent de véritables hémorrhagies. La première surprit la malade, autant par la quantité de sang perdu que par la rapidité, la soudaineté avec laquelle elle se produisit. Elle se renouvela avec la même violence à diverses reprises, pendant trois mois consécutifs, la malade rendant à chaque fois du sang liquide à flot, et des caillots noirâtres, en grande quantité, mais sans douleurs ni contractions utérines; au contraire, les douleurs qui existaient avant, dans les lombes et dans le bas-ventre, se calmèrent à la suite des hémorrhagies. Depuis trois mois le sang a été remplacé par un liquide ténu, grisâtre, d'une odeur extrêmement fétide; cependant il vient encore parfois du sang, mais en petite quantité, et il apparaît surtout lorsque la malade se fatigue, ou lorsqu'elle pousse trop avant la canule de sa seringue à injections.

Les douleurs, sans être vives, sont incessantes, surtout depuis un an. Elles sont sourdes, gravatives, s'exaspèrent par la station debout et la marche; elles siègent surtout dans les reins, dans le haut des cuisses et dans le bas-ventre où il survient parfois de l'élancement du côté de l'utérus. Il n'y a ni constipation ni pesanteur sur le rectum, contrairement à ce qui arrive le plus habituellement, mais la miction est douloureuse, elle s'accompagne de ténesme et d'épreintes du côté de la vessie; l'urine est trouble, elle laisse des dépôts dans le vase.

Ces symptômes sont bien ceux qui se produisent le plus habituellement dans le cancer de l'utérus, et, en

ce qui concerne les écoulements, cette gradation, de l'écoulement muqueux ou muco-purulent, jusqu'à l'ichor fétide, en passant par les diverses phases de la métrorrhagie, tantôt modérée, tantôt excessive, vous montre la règle ordinaire.

Il n'est pas jusqu'à la douleur qui n'ait revêtu ici un caractère particulier, propre au cancer, et qui la distingue, — par certaines nuances que vous apercevez sans qu'il soit nécessaire d'y insister plus longuement, — tant de la douleur névralgique de la métrite, que de la gêne due à la présence des corps fibreux. Cependant il ne faut pas croire qu'elle se présente toujours avec une acuité aussi modérée. On a, il faut en convenir, considérablement exagéré l'importance du phénomène douleur dans le cancer utérin et je dois insister sur ce point, que, dans nombre de cas, elle étonne par son peu d'intensité, eu égard, tant à l'idée qu'on s'en fait généralement, qu'à l'excessive acuité qu'elle revêt quelquefois. Les cas dans lesquels la douleur est ainsi excessive sont de beaucoup les plus rares, et dans la plupart d'entre eux ce symptôme paraît dépendre moins du cancer utérin lui-même que de deux complications, non seulement possibles, mais fréquentes : la première est l'extension de la maladie au péritoine, ou tout au moins l'apparition d'une péritonite partielle et circonscrite, sous l'influence du cancer ; la seconde, qui cause les douleurs les plus vives et les plus persistantes, est l'extension soit du cancer lui-même, soit de l'inflammation voisine aux nerfs du plexus sacré.

Aucun pourtant des symptômes que nous venons de passer en revue ne suffirait pour nous permettre de reconnaître sûrement le cancer de l'utérus ; il faut y

joindre la connaissance des signes résultant de l'exploration physique. Voici les renseignements qu'elle nous a fournis chez la malade dont nous nous occupons en ce moment :

Par le toucher, nous constatons la présence d'une tumeur volumineuse, ulcérée, fongueuse, végétante, en forme de chou-fleur, qui occupe les deux lèvres du col Le doigt pénètre dans l'orifice béant, déchiqueté. En avant, les insertions du vagin sont saines, mais en arrière on sent une tumeur bosselée de la grosseur d'une cerise, adhérente au corps de l'utérus : dans ce point les tissus péri-utérins sont fermes et indurés, mais l'induration ne s'étend pas en avant, jusqu'à la vessie, qui est intacte. A l'aide du spéculum, on voit une surface saignante, ulcérée, fongueuse, recouverte par places d'une couche grisâtre, pultacée, laissant écouler un ichor fétide, mêlé de sang. La masse remplit tout le champ du spéculum : on ne peut distinguer les lèvres du col, et l'orifice se trouve perdu dans les saillies mamelonnées qu'on aperçoit.

Le diagnostic, dans un cas pareil, ne présente pas de sérieuse difficulté et l'on comprend que, même avec l'absence de la teinte cachectique, qui du reste manque souvent dans le cancer de l'utérus, on n'hésite pas à reconnaître cette affection lorsqu'elle se présente avec des traits aussi nettement accusés que chez la malade dont il vient d'être question. Cette tumeur végétante, qui remplit le fond de son vagin, ne pourrait être confondue qu'avec un polype fibreux, or vous savez que ces derniers ont une surface plus lisse, plus régulière, plus consistante ; que, même quand ils sont reliés à l'utérus par un large pédicule, ils s'en détachent

assez nettement pour ne pas faire corps avec lui, comme le font, dans ce cas, les végétations au centre desquelles le doigt reconnaît l'orifice du col.

Enfin, il n'est pas jusqu'à l'odeur caractéristique de l'ichor fétide qui s'écoule du vagin et imprègne le doigt lorsqu'on pratique le toucher, qui n'ait ici une grande valeur au point de vue du diagnostic. L'importance de ce signe est telle que Dupuytren prétendait diagnostiquer un cancer de l'utérus, par l'odorat seul, sur une femme passant à côté de lui dans la rue. La présence du sang, qui se mêle à l'écoulement ichoreux et qui suinte à la moindre fatigue, au plus léger attouchement, comme lorsque la malade introduit la canule de sa seringue à injection ou lorsqu'on l'examine, soit par le toucher, soit par le spéculum, est aussi un symptôme d'une grande valeur.

Quant aux signes fournis par le toucher, ils peuvent, tout en conservant leur importance, différer de ceux que nous avons perçus dans ce cas, et voici quels sont ceux que l'on constate le plus communément.

Comme le col est souvent seul malade, surtout au début, il offre une dureté, contrastant avec la souplesse conservée dans les tissus voisins — il est dur, bosselé, irrégulier, entr'ouvert, présentant une saillie plus ou moins prononcée de l'une ou de l'autre de ses lèvres. Il est souvent dévié de sa situation normale et incliné soit dans un sens, soit dans l'autre. On sent que l'utérus, tout en étant plus lourd et plus immobile, est comme fixé dans le bassin, et les mouvements qu'on cherche à lui imprimer sont douloureux. Cette fixité est due soit aux adhérences péritonéales, dont je vous ai déjà parlé, soit à l'extension du cancer, aux tissus péri-utérins et à

sa propagation jusqu'au vagin, que l'on trouve alors moins souple, plus rigide, plus irrégulier et présentant aussi quelquefois des bosselures qui se continuent avec celles de l'utérus.

Lorsque le cancer se ramollit et s'ulcère, au lieu de la dureté constatée sur les saillies ou les bosselures, le doigt perçoit une sensation de mollesse et de crépitation toute particulière ; il s'enfonce dans des tissus altérés qui se déchirent sous la pression, il constate des anfractuosités irrégulières, limitées par des cloisons indurées. Il pénètre à travers des perforations jusque dans la vessie ou dans le rectum et il revient couvert de sang, ou d'un ichor cancéreux à odeur très fétide.

La palpation abdominale, combinée ou non avec le toucher vaginal, et avec le toucher rectal, qui a fourni les mêmes signes, permet de reconnaître l'augmentation du volume de l'utérus, ainsi que les bosselures qu'il peut présenter à sa surface. Bien mieux encore que la palpation, qu'il est souvent difficile de pratiquer convenablement à cause de la douleur, la percussion permet de constater, par la matité hypogastrique, cette augmentation de volume du corps utérin.

Le spéculum est fort utile pendant les premières périodes de la maladie, où il peut montrer le col plus volumineux qu'à l'état normal, irrégulier de forme et entr'ouvert, présentant à sa surface des bosselures ou des tumeurs plus ou moins régulières, de volume variable. Plus tard, on constate l'ulcération de ces tumeurs et en même temps la décoloration presque complète du vagin. Lorsque les progrès de l'ulcération se sont étendus au point d'amener la destruction des parties, il est inutile et il pourrait devenir dangereux d'ap-

pliquer le spéculum, le toucher suffisant du reste amplement pour assurer le diagnostic.

Si, quand le cancer est ulcéré et arrivé à ses dernières périodes, le diagnostic ne comporte aucune hésitation, il est beaucoup plus difficile de l'établir avec la même certitude au début, et il y a des cas dans lesquels les praticiens les plus expérimentés hésitent à se prononcer à première vue. Ce sont ceux où l'on ne trouve que quelques bosselures peu saillantes avec tuméfaction et induration du col de l'utérus. On peut alors rester indécis sur la question de savoir s'il ne s'agit pas d'une métrite chronique ou de tumeurs fibreuses interstitielles, plutôt que d'un cancer commençant.

Bien des signes — les uns sérieux et ayant une grande valeur diagnostique, les autres purement illusoires — ont été indiqués comme pouvant permettre de résoudre cette difficile question. Avant de vous énumérer ces signes et d'en discuter avec vous la valeur, je me sens pris d'un scrupule qui vous paraîtra peut-être bien étrange et que cependant je dois vous confier. Je me demande s'il est jamais arrivé qu'un cas de cancer utérin ait été étudié, cliniquement, assez près de son début, et suivi ensuite pendant toute son évolution, avec assez d'attention et de soin, pour qu'il soit permis de décrire, autrement que par intuition, les signes que l'exploration physique doit permettre de constater dès cette première période. Notez bien que je ne conteste pas le fait; mais quand, après une pratique de près de trente années, il ne m'est pas arrivé une seule fois de pouvoir examiner un cancer de l'utérus à une époque assez rapprochée de son origine, pour pouvoir éprouver ces indécisions contre lesquelles la lecture des ouvrages spéciaux

m'avait habitué à me prémunir, je suis fondé à dire qu'il est rare, extrêmement rare, qne l'on soit appelé à constater la présence du cancer dans ces conditions. Non pas que je prétende n'avoir jamais éprouvé la moindre indécision. Dieu me garde d'une pareille outrecuidance! Mais, chaque fois que j'ai été indécis, chaque fois que je me suis trouvé embarrassé, et qu'hésitant à me prononcer, j'ai demandé au temps et à la marche ultérieure de la maladie de m'éclairer, en m'apportant un nouveau contingent de renseignements, il est toujours et invariablement arrivé que la maladie dont il s'agissait n'était pas un cancer. C'était habituellement une métrite chronique, ou, plus rarement, un groupe de tumeurs fibreuses interstitielles.

J'estime donc, en conscience, que la meilleure règle de conduite à suivre, lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces cas, que nous avons été habitués à considérer comme embarrassants, c'est d'éloigner résolûment de son esprit l'idée du cancer, pour se rattacher à celle de la métrite chronique ou des tumeurs fibreuses. On s'explique du reste facilement qu'il ne soit pour ainsi dire pas possible d'examiner un cancer utérin dans les conditions que je viens de supposer, si l'on veut bien prendre la peine de réfléchir à deux choses : la première, c'est que le cancer n'occasionne à son début ni assez de douleur, ni des troubles physiologiques suffisamment intenses pour éveiller l'attention des malades au point de les déterminer à consulter un médecin ; la seconde, c'est que sa marche est assez rapide—puisque son évolution complète ne met pas en moyenne plus de 18 à 20 mois à s'accomplir — pour que, du moment où les malades songent à se traiter, les progrès de l'affection

soient déjà tels qu'elle ne puisse plus être méconnue.

Voyez notre malade du n° 26 ; nous sommes bien parvenu à découvrir, à l'aide d'une interrogation des plus minutieuses, que depuis deux ans peut-être elle avait éprouvé quelques troubles morbides du côté de l'utérus ; mais quelle patience ne nous a-t-il pas fallu déployer pour obtenir ces déclarations ! et si vous lui demandez depuis quelle époque elle est malade, elle ne fera jamais remonter, d'elle-même, le début de son affection à plus de six mois, alors qu'elle a eu ses métrorrhagies, le seul moment auquel elle ait songé à réclamer les avis d'un médecin. A cette époque son cancer était déjà assez avancé pour ne plus pouvoir être confondu avec aucune autre affection utérine.

Voyez sa voisine, qui est couchée au n° 25 de la même salle Sainte-Geneviève. C'est une femme jeune aussi, elle n'a que 30 ans, et, quoiqu'elle ait présenté depuis 5 ans quelques troubles variés du côté du système génital, elle n'est, à proprement parler, malade que depuis 3 mois. C'est depuis ce temps seulement qu'une leucorrhée déjà ancienne s'est compliquée de métrorrhagies habituelles. L'écoulement sanguin se fit d'abord goutte à goutte, puis son abondance augmenta à ce point qu'il est devenu pour ainsi dire incessant, sans avoir jamais fait d'irruption violente, comme chez l'autre malade. Depuis lors, il est survenu des signes d'anémie, particulièrement de la faiblesse et de l'essoufflement; et les douleurs sont apparues tellement intenses, que la malade n'a plus pu marcher que courbée en deux. Un médecin consulté alors examina la malade, reconnut la nature de son affection et nous l'envoya. Le toucher nous permit aussitôt de constater que le col était

volumineux et que sa lèvre postérieure, plus particulièrement saillante, était remplacée par une tumeur bourgeonnante, ulcéreuse ; et, quoiqu'il n'y eût encore ni écoulement ichoreux fétide, ni teinte cachectique, la nature cancéreuse de cette tumeur, confirmée depuis par l'inutilité des nombreuses tentatives faites pour l'extirper ou la détruire, fut évidente pour nous dès ce premier examen.

Toutes les fois, au contraire, que ce premier examen a laissé des doutes dans mon esprit, c'est, vous ai-je dit, vers la métrite chronique que l'affection a tourné par sa marche ultérieure; et maintenant que j'envisage cette question avec plus de calme et de sang-froid, sans me laisser impressionner par tout ce qui a été dit ou écrit sur ce sujet, je comprends à merveille qu'il n'en puisse pas être autrement.

Voyons en effet ce que signifient les plus importants des symptômes sur lesquels on a entendu baser le diagnostic différentiel entre la métrite chronique et le cancer au début.

Au toucher, le col est, dit-on, bosselé, irrégulier dans le cancer ; mais des bosselures, analogues à celles qui sont censées devoir se trouver dans ce cas, se rencontrent lorsque, la femme ayant eu de nombreux accouchements, les lèvres du col ont été déchirées, puis réunies par des cicatrices, dont le tissu, plus induré, contraste avec la souplesse plus grande du tissu utérin, plus boursouflé et bridé par ces cicatrices. Une sensation analogue est produite par de petites tumeurs fibreuses développées dans l'épaisseur des parois du col, et même aussi par des œufs de Naboth ayant acquis un développement exagéré, sous l'influence de l'in-

flammation chronique de la muqueuse cervicale. Croyez-vous que de semblables sensations aient jamais été fournies par un cancer utérin qui ne serait pas encore ulcéré ? Admettons-le comme possible, je le veux bien, mais demandons dans combien de circonstances ce fait a été observé, et attendons la réponse.

Une sensation fournie par le toucher, et à laquelle Montgomery a attaché une grande valeur, est celle de petites saillies, grosses comme des grains de plomb, disséminées sur la surface du col au début du cancer, et qui ne se retrouveraient pas dans la métrite. Cependant cela ressemble singulièrement aux petites granulations formées par les follicules enflammées.

Reste le poids plus grand de l'utérus et sa fixité résultant d'adhérences péritonéales plus fréquentes dans le cancer que dans la métrite chronique, ou de l'extension du cancer aux organes voisins. Mais, même avec des utérus très lourds, très volumineux, très enclavés, ayant leur col entr'ouvert et déformé, nous avons vu la métrite chronique constituer la maladie, sans que jamais le cancer se soit confirmé plus tard par ses signes caractéristiques. Je pourrais vous citer de nombreux exemples dans lesquels les choses se sont ainsi passées. Mais à quoi bon rappeler des observations anciennes ? Vous en avez vu plusieurs de fort remarquables depuis quelques semaines, et ces faits, que j'ai étudiés avec soin, que j'ai suivis pendant un temps suffisamment long, sont de ceux qui m'ont conduit à reconnaître que dans tous les cas de diagnostic indécis j'avais eu affaire à la métrite chronique et jamais au cancer commençant. Semblable aveu a, si je ne me trompe, été fait par M. de Scanzoni, et je crois qu'il ne

faudrait pas trop éplucher les œuvres de nos médecins français les plus distingués pour en faire sortir une déclaration analogue.

Ceci simplifie singulièrement l'étude du diagnostic du cancer de l'utérus, en nous permettant de ne la faire que dans les cas où ce diagnostic est réellement possible à établir, c'est-à-dire quand le cancer est définitivement constitué, soit à l'état de tumeur qui le plus souvent est ulcérée, soit à l'état d'ulcère dont la forme et la marche sont également caractéristiques.

Il est un cas cependant dans lequel le diagnostic est hérissé de difficultés assez grandes pour que l'esprit reste longtemps indécis avant de se prononcer, c'est lorsque le cancer affecte uniquement la cavité du corps même de l'utérus, étant limité exclusivement à la muqueuse, sans s'être étendu ni au col ni au parenchyme des parois de l'utérus. — Le fait est rare puisque je n'ai eu l'occasion de l'observer que deux fois seulement dans toute ma carrière qui est déjà longue, mais il est assez intéressant pour que je vous donne la relation un peu détaillée de ces deux cas, qui ont l'un et l'autre laissé une vive impression dans mes souvenirs (1). Le premier a été observé dans cet hôpital en 1873 et 1874, il est relatif à une femme âgée de 39 ans. Elle s'était bien portée jusqu'en 1871. A cette époque elle ressentit, pour la première fois et sans cause appréciable, des douleurs abdominales assez vives. En même temps, elle vit son appétit disparaître et ses forces diminuer peu à peu. Les règles étaient encore normales et il n'existait aucun écoulement par le vagin. C'est en 1872

(1) Un fait semblable a été publié par M. Hayem dans le *Progrès médical*, septembre 1874.

qu'elle vit apparaître pour la première fois un écoulement leucorrhéïque assez abondant, séreux et sans odeur qui fut bientôt suivi par la production de métrorrhagies abondantes et répétées. Elle se décida dès lors à entrer à l'hôpital et fit un séjour de 7 à 8 mois dans le service de M. Lasègue. Je ne sais quel fut le diagnostic porté à cette époque.

Au mois d'août de la même année, il y eut comme une recrudescence dans les symptômes et au mois de février 1873 la malade dut retourner de nouveau à l'hôpital de la Pitié; elle fut reçue à la salle du Rosaire.

Pâle et très anémiée, elle présentait alors une maigreur extrême. L'inappétence était complète et le sommeil rendu presque impossible par l'existence de douleurs abdominales excessives. Ces douleurs très vives spontanément, étaient exagérées par la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Elles survenaient principalement le soir et arrachaient des cris à la malade. Il y avait une constipation très rebelle.

La palpation abdominale ne donnait que peu de renseignements. L'abdomen offrait partout une grande souplesse, à peine trouvait-on en arrière du pubis une sensation de rénitence mal définie. En revanche le toucher vaginal fournissait dès ce moment des renseignements plus importants. L'utérus manifestement augmenté de volume était en antéversion. Le col, parfaitement sain, légèrement entr'ouvert, regardait directement en arrière et se continuait en avant avec une tumeur pyriforme, cachée derrière le pubis, douloureuse à la pression et qui n'était autre que le corps de

l'utérus. L'utérus n'était pas enclavé et n'avait rien perdu de sa mobilité normale. L'écoulement vaginal, continu, assez abondant, alternativement séreux et sanguinolent, présentait une odeur fort désagréable, mais ne rappelant en rien l'odeur fétide spéciale au cancer.

En présence de cet ensemble symptomatique dont les principaux détails m'ont été fournis par mon collègue, M. Raymond, on porta le diagnostic : *corps fibreux interstitiels de l'utérus avec névromes périphériques*, et le traitement fut institué en conséquence (vésicatoires, bromure de potassium porté jusqu'à la dose de 8 grammes par jour et injections sous-cutanées de morphine).

Au mois de mai l'état de la malade n'avait qu'empiré et, malgré des doses considérables (3 centigrammes) de morphine injectées chaque jour sous la peau, les exacerbations douloureuses, avec irradiations lombaires et sacrées, étaient devenues si intolérables qu'elles avaient provoqué des idées de suicide de la part de la malade et nécessité une surveillance fort attentive autour d'elle.

Deux chirurgiens de l'hôpital qui virent successivement cette femme, le 7 mai et le 17 octobre, admirent l'hypothèse, l'un d'une *métrite chronique avec antéflexion* compliquée de *névralgie lombo-abdominale ;* l'autre de *corps fibreux interstitiels ;* mais ce dernier frappé de l'odeur fétide que l'écoulement avait pris depuis quelque temps, admit qu'il pouvait y avoir en même temps *une affection cancéreuse concomitante, greffée sur un vieux fibrome.*

C'est le 25 décembre seulement que je pus à mon

tour examiner la malade. L'utérus manifestement augmenté de volume, lourd, était couché en antéversion. L'enclavement de l'organe était relativement peu marqué. Le corps était douloureux à la pression, mais à sa surface on ne percevait aucune bosselure. Le col absolument sain et dirigé en arrière admettait l'extrémité du doigt. L'écoulement vaginal présentait, à cette époque, une odeur tout à fait caractéristique et je n'hésitai pas à porter le diagnostic : *cancer de la cavité du corps de l'utérus.*

L'autopsie pratiquée vers la fin du mois de mai a justifié ce diagnostic. L'utérus volumineux et lourd, fortement incliné en avant, ne présentait extérieurement aucune lésion appréciable; on voyait seulement çà et là quelques adhérences péritonéales. Le col était parfaitement sain, le corps seul était envahi par la production pathologique. On trouvait dans sa cavité (*fig.* 155 *et* 156) des masses mamelonnées, les unes d'un rouge livide; les autres ayant un aspect grisâtre dû à la présence d'un enduit pultacé comme celui que l'on rencontre souvent à la surface des ulcérations couenneuses végétantes du museau de tanche. L'ulcération existant à la surface de ces petites masses bourgeonnantes se prolongeait dans les intervalles qui les séparaient et pénétrait plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la muqueuse utérine.

L'examen microscopique pratiqué par M. de Sinety démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé de la muqueuse du corps. Celle-ci partout détruite était remplacée par des masses de cellules embryonnaires, entourées de cellules épidermiques volumineuses contenant un gros noyau.

Les fibres musculaires voisines de la muqueuse n'étaient pas altérées mais séparées, dissociées, elles circonscrivaient des lacunes bourrées de cellules embryonnaires.

Cette observation est, vous le voyez, Messieurs, intéressante à plus d'un titre et vous avez pu saisir au

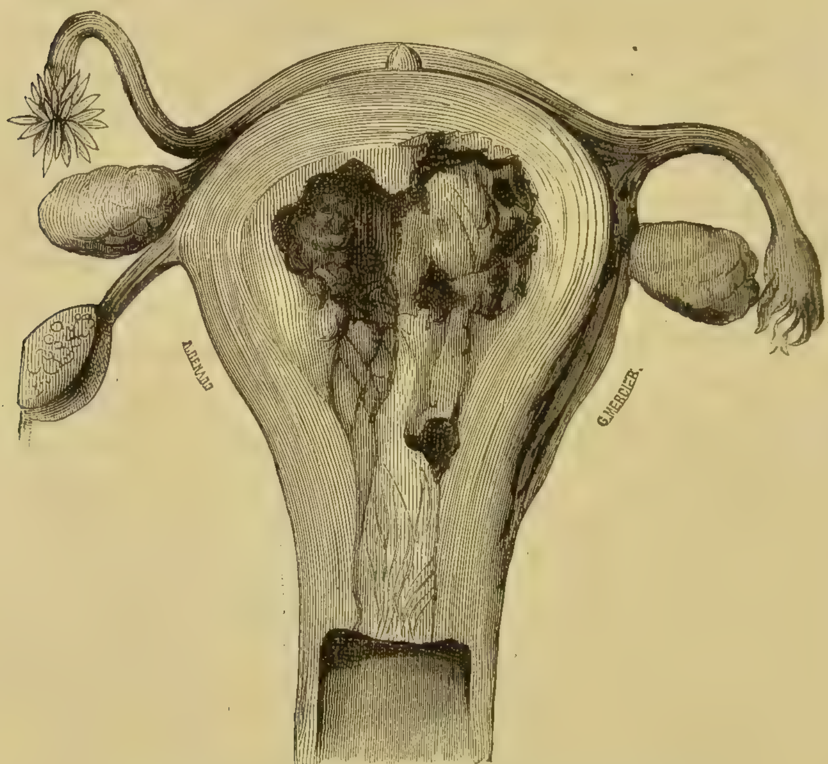


Fig. 155. — Cancer de la cavité utérine (face postérieure).

cours de mon récit les principaux traits symptomatiques qui donnent à cette variété de localisation du cancer une individualité clinique très réelle.

J'ai observé dans ma pratique civile un cas tout à fait analogue et également très instructif, bien que l'autopsie m'ait fait défaut. Il s'agit d'une femme de

69 ans ayant toujours habité la campagne et possédant toutes les apparences d'une santé robuste.

Lorsque je fus appelé à lui donner mes soins, des métrorrhagies assez abondantes l'affaiblissaient depuis 18 mois. L'utérus volumineux, lourd, enclavé, était fortement incliné en avant et à gauche. A sa surface on ne percevait ni induration ni bosselures, mais il était fort douloureux à la pression. Le col était

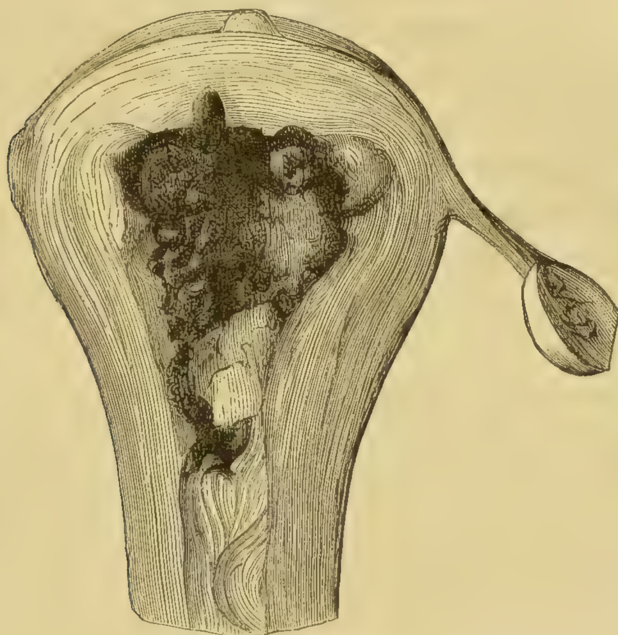


Fig. 156. — Cancer de la cavité utérine (face antérieure).

absolument sain. L'écoulement vaginal présentait une odeur caractéristique, mais il était si peu abondant que la malade en était fort peu incommodée. En revanche toutes les fois qu'on pratiquait une injection intra-utérine l'introduction de la sonde favorisait la sortie d'un ichor cancéreux, présentant une fétidité repoussante.

Cette malade est morte comme notre femme de la salle du Rosaire, et pendant les six mois que dura son agonie aucun calmant ne put adoucir les douleurs névralgiques atroces qui la torturaient. Ces douleurs s'irradiaient surtout dans la fesse gauche et rappelaient beaucoup celles des coxalgiques.

Ces deux observations fixeront, je l'espère, Messieurs, dans votre esprit les principaux traits cliniques du cancer de la muqueuse du corps de l'utérus. Cette variété pathologique est, vous ai-je dit, tout à fait exceptionnelle et M. le Dr Pichot (1) qui a consacré sa thèse inaugurale à son étude pense que sur 100 cas de cancer utérin on en rencontre environ 6 limités au corps seulement. Ce même auteur admet que le cancer du corps se rencontre en général à un âge plus avancé que le cancer du col (30 à 45 ans pour le cancer du col, et 45 à 60 pour le cancer du corps). Enfin, la durée moyenne de la maladie serait un peu plus longue; elle atteindrait en général trente et un mois tandis que la durée moyenne du cancer du col est seulement de dix-huit mois.

Lorsqu'il s'agit de distinguer le cancer de la métrite chronique, on doit tenir très grand compte des métrorrhagies qui ne manquent jamais dans le cancer et qui au contraire sont exceptionnelles dans la métrite, sauf dans les cas où il y a inflammation de la muqueuse utérine, c'est-à-dire métrite interne. Mais ces hémorrhagies, qui, dans la métrite, s'accompagnent généralement d'autres symptômes et principalement de douleurs, qui se montrent plus abondantes au dé-

(1) Pichot, *Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité l'utérus*. Thèse de Paris, 1876.

but pour diminuer ensuite, sont au contraire plus soudaines, plus impétueuses dans le cancer, et vont en augmentant d'abondance et de fréquence à mesure que la maladie fait des progrès. De plus elles alternent dans la métrite avec un écoulement mucoso-purulent; tandis que, dans le cancer, si l'écoulement a le même caractère avant l'apparition des métrorrhagies, il ne tarde pas ensuite à devenir d'abord séreux, puis ichoreux et fétide. Enfin, dans la métrite interne, et même dans la métrite parenchymateuse chronique, le col est uniformément gros, régulier, uni, tandis que dans le cancer, si près que nous le supposions de son début, il présente des bosselures, des irrégularités et des ulcérations, sur la configuration, la consistance au toucher et l'aspect au spéculum desquelles je me suis assez longuement étendu pour ne pas avoir à les décrire de nouveau.

Lorsque ces bosselures deviennent plus saillantes et forment de véritables excroissances, auxquelles on donne le nom de *champignons cancéreux*, l'affection pourrait être prise pour un polype, et l'erreur serait d'autant plus facile que, dans les deux cas, il se produit de fréquentes hémorrhagies ; mais, dans le cancer, la tumeur est plus molle que dans le polype, elle se déchire plus facilement sous le doigt ; elle est aussi plus irrégulière ; son pédicule est plus gros et elle s'insère plus directement sur l'une ou l'autre des lèvres du col ; tandis que le polype s'insère d'habitude sur le fond, ou sur l'un des côtés du corps de la matrice, et l'on sent son pédicule s'enfoncer dans l'ouverture du col. Au spéculum on trouve la surface des champignons cancéreux plus rouge, plus saignante, plus irrégu-

lière que celle du polype. Enfin, l'état général, la coloration spéciale de la peau, chez les cancéreux, la propagation du cancer à d'autres organes, sont des éléments du diagnostic dont il faut savoir tenir compte.

Je ne mentionnerai que pour mémoire la possibilité de confondre le prolapsus de l'utérus, ou l'allongement hypertrophique de son col avec le cancer, car l'erreur me semble difficile à commettre en pareil cas; cependant j'ai vu un fait, dont je vous ai déjà parlé, à propos duquel j'ai eu à agiter la question de savoir s'il n'y avait pas en même temps prolapsus et cancer de l'utérus.

Les corps fibreux interstitiels pourront être souvent difficiles à distinguer du cancer à son début, et c'est plutôt dans la marche ultérieure de la maladie que dans les signes physiques que l'on trouvera surtout les éléments du diagnostic différentiel.

Restent les autres maladies qui déterminent, comme le cancer, une ulcération de la matrice. Les caractères les plus importants qui peuvent permettre de distinguer l'ulcération simple ou inflammatoire et l'ulcère vénérien de l'ulcération cancéreuse, se tirent autant des commémoratifs que de la marche de la maladie. La rapidité avec laquelle les accidents se succèdent, l'induration des bords de l'ulcération, son irrégularité, sa marche incessante et toujours envahissante, enfin la présence de l'ichor fétide qui ne tarde pas à apparaître, sont les principaux éléments de ce diagnostic, que, dans les cas d'ulcère vénérien, viendraient encore éclairer les commémoratifs et la manifestation d'autres accidents dépendant de l'infection syphilitique.

XXI

CANCER DE L'UTÉRUS

(SUITE).

Étiologie. — Influence de l'âge et des accouchements antérieurs. — Diathèse. — Affections utérines antécédentes. — Début souvent insidieux. — Marche rapide. — Influence sur la conception, la grossesse et l'accouchement. — Durée. — Complications. — Terminaison. — Nécessité de traiter les femmes atteintes de cancer utérin. — Traitement curatif. — Ablation de la totalité de l'utérus. — Ablation et destruction du col. — Injections intra-parenchymateuses. — Traitement palliatif : toniques et reconstituants, opium, arsenic, ciguë, fondants, purgatifs, astringents, antiseptiques.

MESSIEURS,

L'étiologie du cancer de l'utérus, dont je vous ait dit un mot à propos de notre malade du n° 26, n'est ni plus ni mieux connue que celle des autres cancers. Au premier rang des causes du cancer envisagé en général, figure l'hérédité, dont je vous ai montré chez notre malade l'influence que nous devons considérer, lorsqu'elle existe, comme se rapportant plutôt à la diathèse cancéreuse qu'à la localisation de cette diathèse sur l'utérus.

L'âge paraît exercer une influence bien réelle, car il résulte de l'ensemble des relevés statistiques con-

nus, que c'est surtout entre 40 et 50 ans qu'on voit apparaître le cancer utérin. Comme c'est vers la même époque que survient la ménopause, on a pensé que la cessation de la fonction menstruelle agit d'une façon toute spéciale et toute locale pour provoquer l'apparition du cancer dans l'utérus. Mais ce qui diminue singulièrement l'importance d'une semblable remarque, c'est, d'une part, que les autres cancers — même ceux qui par leur siège n'ont aucune relation avec le système des organes génitaux — débutent aussi, habituellement, vers le même âge; d'autre part, que l'on voit souvent, très souvent même, le cancer de l'utérus se produire chez des femmes jeunes encore, n'ayant pas atteint leur trentième année et se trouvant, par conséquent, à une époque fort éloignée de l'âge dit critique. D'un ensemble de faits empruntés à divers auteurs et qui forment un total de 1,009 femmes atteintes de cancer utérin, il résulte que 134 de ces femmes, c'est-à-dire plus du huitième, ont vu leur maladie débuter avant l'âge de 30 ans (1); trois des malades qui sont actuellement dans nos salles se trouvent dans ce cas. J'ajouterai que sur ces 134 exemples de cancer précoce de la matrice, on en compte quelques-uns dans lesquels la maladie a débuté avant la vingtième année. L'âge que je vous ai indiqué n'est donc pas une limite fixe et absolue; c'est celui auquel le cancer se montre le plus fréquemment; mais on le voit également survenir aussi bien plus tôt que plus tard; et, plus on s'éloigne de cette

(1) Ces faits sont empruntés aux auteurs suivants : Mme Boivin et Dugès 409 cas, 95 avant 30 ans, dont 12 avant 20 ans; Lebert 50 cas, dont 5 antérieurs à la 30e année ; Scanzoni 108, dont 8 antérieurs à la 30e année; West 442 cas, dont 26 antérieurs à la 30e année.

limite de 40 à 50 ans, moins les cas sont nombreux. Il en est de même pour le cancer des autres organes, d'où il résulte que l'influence de l'âge n'a rien de spécial sur la production du cancer utérin, et que celle de la ménopause est absolument nulle.

Il en est de même de la menstruation précoce ou tardive, des excès de coït ou de la trop grande continence, de la stérilité ou du trop grand nombre d'accouchements, toutes circonstances, qui ont été signalées comme pouvant favoriser le développement du cancer, et qu'il suffit d'énumérer les unes à côté des autres pour démontrer le peu d'importance qu'elles peuvent avoir, au point de vue étiologique. Cependant, certains relevés statistiques tendraient à établir que le cancer de la matrice, extrêmement rare chez les femmes vierges, l'est moins chez celles qui, après avoir eu des rapports sexuels, sont demeurées stériles; tandis que le nombre des femmes qui en sont affectées après avoir eu de nombreuses grossesses constituerait la règle la plus générale.

Le cancer utérin, comme celui des autres organes, est le résultat d'une prédisposition particulière, d'un état morbide, antérieur même à sa formation : d'une *diathèse* en un mot, qui fait que le cancer se développe en un ou plusieurs points de l'économie. Quant aux circonstances qui le déterminent à se fixer sur tels ou tels organes plutôt que sur tels autres, elles nous sont, il faut bien l'avouer en toute humilité, complètement inconnues.

On a pensé pendant un certain nombre d'années, et plusieurs praticiens distingués paraissent encore disposés à admettre, qu'une inflammation plus ou moins

prolongée de l'utérus pourrait être le point de départ d'un cancer de cet organe. Sur ce point, il est bon de s'entendre. Si, à la rigueur, il n'est pas absolument impossible que chez certains individus, héréditairement prédisposés, le cancer ait eu son point de départ dans un état phlegmasique antécédent, l'observation clinique nous montre d'une façon péremptoire que, dans l'immense minorité des cas, il ne se passe rien de semblable, car le cancer existe dès le début à l'état de cancer, et l'on voit l'inflammation, même la plus chronique et la plus tenace, persister pendant un temps indéfini, sans subir la dégénérescence cancéreuse. Cette dégénérescence ne s'observe que sur des tumeurs déjà formées, sur la nature bénigne desquelles on a fort bien pu se méprendre au début, et qui, après avoir été plus ou moins légitimement considérées comme étant de nature inflammatoire, prennent, après un certain temps, les allures et la marche des affections malignes ou cancéreuses ; telles sont, par exemple, ces végétations en crête de coq, ou en chou-fleur, dont je vous parlais dans la précédente Leçon, en vous signalant la difficulté de les classer à la place qui leur appartient réellement. Telles peuvent être aussi certaines tumeurs fibreuses, qui à la longue pourraient aussi subir la dégénérescence cancéreuse.

L'impossibilité de la transformation de la métrite chronique en cancer, se déduit très nettement de la marche naturelle et de la durée comparative de ces deux affections. C'est un point que Valleix a surtout mis en lumière, en établissant que, d'une part, dans le cancer, la durée moyenne de la maladie varie de six mois à deux ans, et s'étend rarement au delà, pour se terminer

fatalement par la mort ; et que, d'autre part, la métrite chronique se prolonge en moyenne pendant plus de 52 mois, pour se terminer par la guérison, en montrant une tendance manifeste à se perpétuer presque indéfiniment sans compromettre sérieusement l'existence, si on l'abandonne à elle-même. Cette différence de marche est plus que suffisante pour établir une limite infranchissable entre la métrite chronique et le cancer, et empêcher qu'ils ne soient considérés, comme ils l'ont été pendant trop longtemps, comme deux degrés successifs d'un même état morbide. Ce qui témoigne encore de l'indépendance du cancer avec les autres affections de l'utérus, c'est que, sur 170 cas de cancer, West n'en a trouvé que 5 dans lesquels cette affection ait été précédée d'une autre maladie utérine, remontant à une époque plus ou moins éloignée.

Une des particularités les plus importantes de la marche du cancer utérin, est la façon tout à fait insidieuse dont il débute et se développe, jusqu'au point de faire les plus grands ravages avant que son existence ait pu être soupçonnée. Je vous ai signalé cette marche sourde et latente, lorsque je vous ai parlé du diagnostic. Elle est telle que, à l'exemple de notre femme du n° 26, nombre de malades ne prennent pas la teinte jaune-paille de la cachexie cancéreuse, et non seulement conservent une certaine fraîcheur, mais même acquièrent parfois un embonpoint très marqué, capable d'en imposer relativement à l'état réel de leur santé.

Un des exemples les plus frappants qu'il m'ait été donné d'observer, à ce point de vue, m'a été fourni par une dame de province qui était restée fraîche et

belle jusque par-delà la quarantaine et qui avait vu, à cette époque de sa vie, sa fraîcheur se rehausser d'un certain degré d'embonpoint. Elle aimait les plaisirs du monde et, malgré de nombreuses métrorrhagies qui auraient dû lui servir d'avertissement, au milieu d'un hiver, elle ne voulut renoncer ni aux bals ni aux soirées avant la fin de la saison. Elle arriva ainsi jusqu'aux dernières fêtes du carnaval sans avoir consenti à s'arrêter. Pendant la nuit du mardi gras au mercredi des cendres elle dansait encore, sans soupçonner elle-même ni l'étendue ni la gravité du mal dont elle était atteinte. Le lendemain elle garda le lit et fit appeler son médecin, qui constata la présence d'un cancer ulcéré de l'utérus, aux progrès duquel elle succombait quelques mois après.

Sans être aussi rapide, la terminaison fatale se fait rarement attendre plusieurs années, et, si M. Courty dit avoir vu des femmes vivre sept ou huit ans avec un cancer de l'utérus bien et dûment constaté ; si vous avez actuellement sous les yeux, au n° 14 de la salle Sainte-Geneviève, une malade à laquelle j'ai donné des soins une première fois il y a près six ans, pour le cancer utérin auquel elle va succomber dans quelques jours, la vérité est que, avec la durée moyenne d'environ deux ans que je vous ai déjà signalée, près de la moitié des malades (29 sur 65) succombent dans le courant de la première année.

L'influence du cancer utérin sur la conception, la marche de la grossesse et l'accouchement, a été parfaitement étudiée, par M. le Dr G. Chantreuil (1). La

(1) G. Chantreuil, *Influence du cancer de l'utérus sur la conception, la grossesse et l'accouchement*. Paris, 1872.

conception peut avoir lieu, quand il existe un cancer du col; mais cependant les femmes atteintes de cette affection sont loin d'être aussi aptes à la fécondation qu'elles l'étaient auparavant. S'il n'existe pas toujours d'obstacle mécanique qui empêche absolument l'accomplissement de la fonction génératrice, l'état cachectique dans lequel se trouve la femme peut la frapper de stérilité, en s'opposant à l'ovulation. Lorsqu'il y a conception il arrive assez souvent que la gestation ne parvienne pas à son terme. Sur 120 femmes atteintes de cancer du col de la matrice pendant la grossesse, traîtées par le Dr Lewer à Guy's Hospital, 40 p. 100 ont avorté.

L'expulsion du fœtus peut avoir lieu à des époques variables. L'étendue plus ou moins considérable de la maladie explique les variétés qu'on rencontre sous ce rapport. La lésion est-elle limitée à l'une des lèvres, ou à la portion vaginale du col? on comprend que la grossesse puisse être menée à bon terme. S'étend-elle plus profondément, jusqu'à l'orifice interne par exemple? alors les contractions utérines se développeront prématurément. Mais ce n'est pas seulement dans l'altération du col qu'il faut chercher le point de départ de ces contractions; c'est encore dans la perturbation générale de l'organisme que provoque la diathèse cancéreuse.

Dans certains cas, au contraire, la grossesse, au lieu d'être arrêtée dans sa marche, continue son cours jusqu'à terme, et même se prolonge au delà du terme normal. M. Chantreuil appuie la possibilité de la *prolongation exagérée* du terme de la grossesse, niée par quelques accoucheurs, sur trois observations très con-

cluantes. La plus intéressante a été publiée par un médecin d'Édimbourg, le Dr Menzies (1) ; l'accouchement n'eut lieu qu'au dix-septième mois de la gestation.

Quant à l'influence réciproque que la grossesse exerce sur la marche du cancer, elle doit être défavorable, en raison de l'activité nouvelle dont l'utérus gravide est le siège et des autres modifications que subit cet organe. C'est ce qui résulte des chiffres suivants, sur 60 femmes, 25 moururent pendant le travail ou les suites de couches ; 35 se rétablirent momentanément, pendant une période plus ou moins longue, et finirent toutes par succomber aux progrès du cancer, dans l'année de l'accouchement ou dans la suivante. Les causes des 25 premiers décès furent : 6 fois la rupture de l'utérus pendant le travail ; 9 fois la péritonite ou l'épuisement ; 7 fois les opérations graves : incisions, versions, crâniotomie, embryotomie, excision de la tumeur. Sur les 60 accouchements, 29 enfants vinrent au monde morts, et 28 vivants. Dans trois des observations il n'est pas donné d'indications relativement à l'état de l'enfant.

West admet aussi que la marche du cancer reçoit une impulsion nouvelle par le fait de la grossesse et de l'accouchement et que la terminaison funeste se trouve ainsi hâtée. Il résulte en effet des relevés de l'auteur anglais, que sur 75 femmes dont le cancer utérin a été compliqué de grossesse, 41 ont succombé très peu de temps après l'accouchement. Quant aux enfants, il n'en est question que dans 72 des cas relevés par West, et, sur ce nombre, 47 ne vécurent pas.

(1) Menzies, *Glasgow Medical Journal.*

L'affection cancéreuse du col peut modifier la marche du travail et faire sentir ses effets, soit pendant la période de dilatation, soit pendant la période d'expulsion. Le résultat est différent suivant que le col est envahi par une tumeur mollasse, fongueuse, avec végétations considérables, ou par une induration squirrheuse. Dans le premier cas, la dilatation du col se fait plus ou moins attendre, mais ordinairement l'accouchement se termine spontanément, à moins toutefois que la production morbide n'ait pris un développement tel qu'elle s'oppose au passage de l'enfant, en obstruant plus ou moins complètement la cavité pelvienne. Dans le second cas, la dilatation peut se faire aux dépens de la portion du col restée saine, si la lésion est partielle ; mais, si elle est générale, c'est-à-dire, si le cancer envahit toute la circonférence du col, on comprend l'impossibilité d'une dilatation suffisante, à moins que des déchirures plus ou moins considérables ne se produisent sous l'influence de contractions utérines très énergiques. Lorsque ce débridement naturel n'a pas lieu, on voit, si l'on n'intervient pas, les femmes s'épuiser en vains efforts et succomber sans pouvoir accoucher. Quelquefois même, c'est avant que le travail soit déclaré que la femme succombe à l'épuisement produit par la cachexie cancéreuse ou ses symptômes (hémorrhagie, écoulements sanieux abondants, vomissements, etc.). Mais le plus souvent, c'est après une série d'efforts inutiles et répétés de la matrice que la mort arrive. C'est à l'ensemble de ces contractions qu'on peut donner le nom de *travail manqué*, *travail à répétition*.

Il peut arriver que, pendant ce travail infructueux

l'utérus vienne à se rompre, d'où résulte nécessairement une terminaison fatale.

La mort est quelquefois, dans les cas de cancer compliqué de grossesse, le résultat d'une péritonite survenue après un *travail efficace*, sans qu'il se soit produit de rupture utérine.

La marche du cancer de l'utérus est excessivement progressive et envahissante et il n'existe pas dans la science d'exemple de cancer utérin qui, abandonné à lui-même, se soit spontanément amendé. On va même jusqu'à contester l'authenticité de la maladie, dans les cas cités comme des exemples de guérison obtenue sous l'influence d'un traitement bien institué.

La terminaison fatale, et pour ainsi dire inévitable dans l'état actuel de la science, est donc la mort; elle survient soit par l'épuisement et le marasme résultant de la marche naturelle de la maladie qui donne lieu à la fièvre hectique; soit par la généralisation de l'infection cancéreuse, soit par quelqu'une des complications que je vais vous énumérer.

Ces complications sont: 1° la métrorrhagie qui, surtout après l'ulcération du cancer, peut être assez abondante pour devenir une cause de mort immédiate, ou dont les retours fréquents et répétés déterminent un affaiblissement qui contribue à hâter l'issue fatale.

2° Les inflammations péritonéales : souvent légères et simplement adhésives pendant la première période de la maladie, elles peuvent prendre un caractère beaucoup plus grave, lorsque le cancer, en s'ulcérant, se rapproche de la cavité abdominale, et surtout, lorsque, ayant gagné la membrane péritonéale, il la comprend dans

le travail ulcéreux dont il est le point de départ et ouvre ainsi la cavité séreuse. Il survient alors une péritonite suraiguë, qui détermine la mort en quelques heures.

3° Les phénomènes résultant de l'extension du cancer aux parties voisines. Je ne vous décrirai pas tous les symptômes qui dépendent du cancer du rectum ou du cancer de la vessie. Vous savez que par la destruction des parois vaginales il peut se former une sorte de cloaque, et vous comprenez quels désordres peuvent être la conséquence du mélange incessant de l'urine et des matières fécales avec l'ichor fétide sécrété par les surfaces ulcérées ; l'écoulement s'en fait généralement par la vulve, plutôt que par les deux autres orifices.

4° L'extension du cancer au bas-fond de la vessie peut déterminer, par suite de la compression des uretères, d'abord de l'hydronéphrose, puis consécutivement au défaut d'excrétion de l'urine, des symptômes d'urémie capables d'amener la mort.

5° Les phlébites qui peuvent être sous la dépendance du cancer, et qui résultent, soit de la compression des veines par la tumeur cancéreuse, soit de l'extension de la maladie aux tuniques de ces vaisseaux. — On voit souvent survenir dans le cancer utérin non seulement de l'œdème des membres inférieurs, mais une véritable *phlegmatia alba dolens,* avec oblitération des veines crurales.

6° Il y a parfois aussi des phénomènes de résorption, non pas purulente, mais putride, lorsque l'ulcération cancéreuse s'est propagée jusqu'au rectum et à la vessie.

Le traitement du cancer de l'utérus est aussi difficile et donne des résultats aussi peu satisfaisants que celui de tous les autres cancers. Il en résulte que, dans la pratique, il est souvent négligé et que les malades, sentant percer dans la conduite de leur médecin, le peu de confiance qu'il a lui-même dans le succès de sa médication, s'en vont demander à tous les charlatans possibles des soins qui, sans être plus efficaces, sont à la fois moins intelligents et moins affectueux. Il ne faut pas, Messieurs, qu'il en soit ainsi, et vous vous devez à vous-mêmes, vous devez à vos malades, de ne jamais leur laisser soupçonner que l'affection dont elles sont atteintes est au-dessus des ressources dont vous pouvez disposer pour la combattre. Alors même que vous seriez parfaitement convaincus que cette maladie est de sa nature essentiellement incurable, — et c'est peut-être là le cas, — il est de votre devoir de réagir contre cette conviction désespérante et de vous imposer la tâche de rechercher les moyens de guérir le mal que d'autres n'ont pas su guérir avant vous. Qui oserait vous affirmer d'avance que vous ne réussirez pas? et combien ce succès ne vous récompenserait-il pas de vos labeurs et de vos peines! Puis ne devez-vous pas vous rappeler sans cesse que si le médecin a la mission de *guérir quelquefois* et de *soulager souvent*, il a aussi celle, non moins douce et non moins précieuse, de *consoler toujours*. Mission de dévouement et de charité, qui élève votre rôle à la hauteur d'un sacerdoce, et à laquelle vous ne devez jamais faillir.

J'ai vu un homme, qui a joui d'une très grande réputation, justifiée par un immense talent, abandonner ses malades quand leur état lui paraissait désespéré ; c'est

justement dans deux cas de cancer de l'utérus qu'il a agi ainsi, sous mes yeux, quoiqu'il fût un de ceux qui aient poursuivi avec le plus d'audace et d'acharnement le traitement radical de cette affection. Sa conduite m'a inspiré autant de dégoût que celle d'un soldat qui aurait déserté son poste devant l'ennemi, car j'estime qu'il y a véritablement lâcheté, de la part du médecin, à fuir devant cet ennemi qui s'appelle : LA MORT, et à lui abandonner son malade, sans oser rester auprès de lui pour le défendre jusqu'au dernier moment, même au prix d'efforts complètement désespérés.

Il est donc bien entendu que vous entreprendrez le traitement du cancer de l'utérus, avec autant d'ardeur et de persévérance que si vous deviez avoir la certitude absolue qu'il sera couronné d'un plein succès, et vous le poursuivrez jusqu'au dernier moment, sans jamais vous laisser décourager par la persistance des résultats défavorables que vous aurez l'occasion de constater. En procédant ainsi il m'est arrivé d'obtenir des succès sur lesquels je n'avais même pas osé compter et qui, malgré leur extrême rareté, m'encouragent à persister dans cette voie et à vous conseiller de la suivre résolûment avec moi.

Cela dit, je dois vous indiquer ce qui a été tenté jusqu'à présent, et ce qu'il convient de faire pour instituer ce traitement, dans les conditions les plus favorables possible.

Les idées qui, suivant les temps et les progrès de la science, ont régné relativement à la nature, au développement et à la marche du cancer, n'ont pas été, comme bien vous pensez, sans exercer une énorme influence sur cette question de pratique. Et on com-

prend aisément, qu'à l'époque où le cancer était considéré comme une maladie toute locale, comme un exsudat inflammatoire, ou plutôt comme une sorte de parasite implanté sur un de nos organes, on se soit attaché exclusivement à le détruire sur place, avec l'espoir fondé d'empêcher sa repullulation, si l'on parvenait, par le fer ou par le feu, à atteindre toutes ses racines.

On comprend de même, qu'après avoir vu le cancer récidiver presque infailliblement, soit en repullulant sur place, bien que l'ablation se soit étendue fort avant dans les parties saines ; soit en se manifestant dans des organes très éloignés de son siège primitif, on n'ait plus eu la même foi dans l'efficacité des seuls moyens chirurgicaux et qu'on ait songé à lui opposer avant tout un traitement général, puisqu'il constitue une maladie essentiellement générale et diathésique.

Malheureusement, toutes les tentatives faites dans cette dernière direction sont restées tellement infructueuses que bien peu osent les recommencer ou en etnreprendre de nouvelles. De là est né le découragement, que tout justifie, et que cependant je désirerais voir disparaître; car, de ce que nous sommes complètement ignorants au sujet de la curabilité et de la prophylaxie du cancer, il ne s'ensuit pas, pour moi, que nous devions rester perpétuellement dans cet état d'ignorance, sans faire au moins quelques efforts pour chercher à en sortir.

En attendant qu'un progrès si désirable soit réalisé, la perplexité du praticien reste grande quand un malade affecté de cancer vient se confier à ses soins. Cependant, si pour les cancers internes notre action est

presque nulle et se borne à combattre, par les moyens les mieux appropriés, l'émaciation et la douleur, il n'en est plus de même lorsque le cancer siège sur un point quelconque de la surface extérieure du corps. Là, en effet, tout en sachant bien que le malade restera exposé à toutes les chances d'une récidive, le plus souvent inévitable, les chirurgiens n'hésitent pas à enlever le mal, toutes les fois que l'opération se peut faire sans entraîner de trop grands désordres.

En agissant ainsi, à côté de quelques cas malheureux où la marche de la maladie vers une terminaison fatale se trouve activée par le fait même de l'opération, on obtient des guérisons qui, sans être toujours durables, délivrent le plus souvent les malades, pour un temps plus ou moins long, et de leur cancer et de toutes ses conséquences pathologiques les plus immédiates.

Cette pratique a été suivie en ce qui concerne le cancer de l'utérus ; et, en vue d'obtenir sa curation radicale, on a mis en œuvre tous les moyens chirurgicaux susceptibles de permettre l'ablation ou la destruction complète de la partie malade.

Ces moyens ne peuvent, comme bien vous pensez, être raisonnablement employés que dans les cas où le cancer est tellement limité qu'il puisse être facilement enlevé ou détruit dans sa totalité ; et tellement situé, qu'il se trouve placé à la portée du chirurgien, c'est-à-dire sur le col de l'utérus, la seule partie de l'organe qui soit accessible à nos instruments.

Ce n'est pas qu'il n'y ait, ou qu'il n'y ait eu des chirurgiens plus hardis, qui n'ont pas craint d'aller au

delà de cette limite. Ainsi Récamier a eu la témérité de conseiller et de pratiquer l'ablation de l'utérus dans sa totalité, pour un cancer du corps de la matrice, et, malheureusement il a eu un succès, sinon complet, au moins apparent, qui l'a encouragé à persister et qui a autorisé d'autres personnes à l'imiter dans cette pratique désastreuse. La relation qui a été donnée de ce fait ne prouve pas qu'on eût bien réellement affaire à un cancer, et il est probable que la malheureuse opérée aurait vécu au moins aussi longtemps, et peut-être avec moins de souffrances qu'elle ne l'a fait, si on l'eût laissée tranquille. De plus cet exemple de la guérison, non pas de la maladie mais de l'opération, est le seul (1) que l'on puisse citer à côté de nombreux cas de mort presque immédiate. Vous vous expliquerez facilement qu'il n'en puisse pas être autrement, si vous voulez bien vous rappeler les connexions de l'utérus avec le péritoine et avec les organes voisins, et si vous réfléchissez aux désordres que, en raison de ces connexions, on doit produire pour parvenir à extraire la matrice du petit bassin, quand surtout le corps de cet organe est cancéreux et que, par le fait de la maladie, il a contracté des adhérences morbides avec les parties voisines, enflammées ou envahies elles-mêmes par le cancer.

Il reste donc comme parfaitement acquis, ce fait que,

(1) J'ai fait reproduire dans le nº du 5 juillet 1873 de *l'Union médicale*, une observation fort curieuse, *d'expulsion spontanée du corps de la matrice pendant la vie* qui avait été publiée par M. Martin, dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*, t. VIII, 1844-1845 et dont Aran avait déjà parlé dans son livre d'après les renseignements fournis par Estevenet qui avait vu la pièce anatomique.

dans les opérations ayant pour but d'enlever une portion de l'utérus, il importe de respecter les limites qui séparent la cavité abdominale de la cavité vaginale et de restreindre l'action chirurgicale soit au corps si l'on procède par l'abdomen, comme l'a fait M. Péan, soit au col, si l'on agit dans les conditions ordinaires : c'est en effet par cette dernière partie de l'organe que le cancer débute le plus ordinairement ; c'est donc lui qu'il s'agit surtout d'enlever ou de détruire.

L'amputation du col de l'utérus a été pratiquée depuis Amboise, Paré et Tulpius (d'Amsterdam), par Osiander, Dupuytren, Récamier, Lisfranc, Jobert de Lamballe, Hervez de Chegoin, Amussat, et plus tard Courty, Gaillard Thomas, Sims, Léon Labbé, Leblond, etc., etc. J'y ai eu aussi plusieurs fois recours. Il y a une très grande différence entre la manière dont nous y procédons aujourd'hui et celle qui était employée autrefois, surtout par Lisfranc.

Ce chirurgien, suivant en cela les errements d'Osiander, préférait attirer le museau de tanche jusqu'à la vulve, et, au lieu de se borner à faire maintenir l'utérus en place, pour qu'il ne glissât pas sous les efforts de son instrument, comme le faisait Récamier, qui opérait au fond du vagin, il le saisissait avec de fortes pinces de Musaux, et il recommandait à l'aide auquel il confiait ces pinces de faire des tractions lentes et graduées, mais assez fortes pour amener le col de l'utérus jusqu'à l'extérieur de la vulve. Si ces tractions ne suffisaient pas, il pratiquait des incisions latérales sur les insertions des ligaments larges, pour faciliter la descente de la matrice. Puis, une fois cet organe ainsi amené, de vive force, jusqu'au dehors de

la vulve, il sectionnait le col, en procédant à peu près comme faisait Huguier dans les cas d'allongement hypertrophique. Mais vous concevez quels délabrements il devait produire pour entraîner ainsi l'utérus jusqu'au niveau du plancher inférieur du périnée ; et les désordres résultant d'une telle violence expliquent assez les nombreux insuccès qu'il a obtenus et qu'il ne s'est pas toujours avoués à lui-même, quoiqu'ils soient parfaitement avérés.

Des instruments fort compliqués, espèces de sécateurs mécaniques ayant quelque ressemblance avec l'amygdalotome, ont été imaginés pour remplacer, dans l'amputation du col de l'utérus, le bistouri qu'un chirurgien habile leur préférera toujours, quand il se trouvera en présence d'un cas nécessitant l'emploi de l'instrument tranchant. Mais de nouvelles méthodes opératoires permettent de s'en passer dans le plus grand nombre des cas : c'est d'abord l'écrasement linéaire pratiqué, soit avec la chaîne de Chassaignac, soit, mieux encore, avec un fil métallique et la vis de pression de M. Maisonneuve ; c'est ensuite la section avec une anse métallique, rougie au moyen d'un courant électrique.

Nous allons passer en revue chacune de ces méthodes :

Lorsqu'on veut employer l'instrument tranchant, on fixe d'abord le col au moyen d'érignes ou de pinces à griffes confiées à un aide, pendant qu'un autre appuie la main au-dessus du pubis. L'utérus ainsi fixé par en haut et par en bas, et immobilisé, on introduit l'index gauche dans le vagin, puis on glisse sur lui l'instrument tranchant. L'index renseigné sur les li-

mites de la production morbide et sur les insertions vaginales, guide l'instrument. La section sera dirigée un peu obliquement, en haut et en dedans, vers la cavité utérine, de manière que le col soit pour ainsi dire évidé.

On peut se servir, pour cette opération, de bistouris montés sur de longs manches et plus ou moins courbés sur le plat, ou de forts ciseaux également courbés.

Je vous ai dit de guider l'instrument tranchant sur votre doigt, et je ne vous ai pas parlé du spéculum. C'est qu'en effet, Messieurs, je considère l'emploi de cet instrument comme gênant plutôt que facilitant les manœuvres. Même en employant un spéculum beaucoup plus court que celui dont on se sert habituellement, et à valves, afin de pouvoir dilater la cavité vaginale, on manœuvre très difficilement à travers cet instrument. On ne peut avec le doigt, atteindre le col; on ne peut saisir celui-ci avec les pinces dont le mode d'articulation ne permet pas un écartement suffisant des mors. On est, en un mot, très à l'étroit dans la cavité du spéculum. Une exception doit pourtant être faite en faveur du spéculum univalve de Sims, qui peut rendre des services. C'est qu'en effet, cette valve permet de dilater beaucoup la cavité vaginale, et de mettre le col utérin en même temps sous les yeux et sous les doigts de l'opérateur sans le gêner en aucune façon. Même en guidant les ciseaux ou le bistouri sur le doigt, on a souvent de grandes difficultés à enlever la portion malade du col. Si je vous dis que des hémorrhagies ont été assez souvent observées à la suite de cette opération, vous comprendrez que l'on ait cherché d'autres procédés moins dangereux. Clark (de Brooklyn) a imaginé

des ciseaux qui au lieu de couper, devraient déchirer les tissus et par suite prévenir l'hémorrhagie. J'ai eu l'occasion de les essayer une fois, mais je vous avoue que je n'ai rien pu couper avec eux.

Pour éviter les pertes de sang, on a conseillé l'emploi du thermo-cautère. Tel qu'il est construit aujourd'hui, c'est-à-dire avec un couteau droit, il est impossible de s'en servir, puisque pour cela il faudrait amener l'utérus à la vulve. Mais avec un couteau coudé, peut-être pourrait-il être avantageusement employé.

Les différentes espèces d'écraseurs ont été également essayées, toujours dans le but de prévenir l'effusion du sang ; et, pour répondre à cette indication, l'écraseur linéaire de Chassaignac serait bien évidemment le meilleur des instruments. Malheureusement il est difficile d'appliquer convenablement et de maintenir la chaîne de l'écraseur autour du col utérin normal, à plus forte raison autour d'un col hypertrophié et déformé, à moins encore d'amener celui-ci à la vulve, ce que je ne veux pas.

On a bien songé aussi au serre-nœud de Maisonneuve, mais ici encore on a de grandes difficultés à conduire l'anse autour du col et à l'y maintenir ; la manœuvre est longue et pénible. Il faut des fils d'une force considérable pour couper un organe aussi dur et résistant que le col utérin ; de plus, il arrive fort souvent que le fil se casse au milieu de l'opération qu'on pourrait ainsi être forcé de laisser inachevée.

Des difficultés d'exécution très sérieuses existent donc avec tous ces procédés. Quoiqu'elles ne soient pas entièrement supprimées, je pense qu'elles sont beau-

coup diminuées dans le dernier moyen dont il me reste à vous parler et qui consiste à faire la section avec l'anse galvano-caustique. C'est ce procédé que vous m'avez vu employer, il y a deux jours, chez notre malade n° 19. Vous savez qu'il consiste à faire passer dans une anse de platine, enserrant la partie à couper, un courant électrique qui rougit rapidement le fil. Un mécanisme permet de diminuer le diamètre de l'anse au fur et à mesure que la section se produit, de sorte que celle-ci est rapidemeut obtenue.

Il semble au premier abord qu'on doive tomber dans les mêmes difficultés qu'avec les écraseurs de Chassaignac ou de Maisonneuve. Et, en effet, l'application de l'anse est encore difficile, mais elle l'est certainement beaucoup moins. L'anse de platine est bien plus fine, plus malléable, plus facile à manœuvrer et à appliquer exactement sur le col que la grosse chaîne de Chassaignac ou le gros serre-nœud de Maisonneuve. Toute la difficulté consiste, non pas tant dans l'application que dans le maintien de l'anse dans une direction perpendiculaire à l'axe du col. Cette anse à une tendance constante à glisser, et par conséquent a produire une section plus ou moins oblique et par suite insuffisante.

Pour poser cette anse, les doigts ne suffisent souvent pas. On peut s'aider avec avantage d'une pince qui prendra le col aux deux extrémités d'un de ses diamètres, et par dessus laquelle on passera l'anse métallique. Une pince qui remplit bien ce but est celle qu'a imaginé M. le docteur Leblond. Elle est à griffes et s'articule comme un forceps ; mais une des branches porte plusieurs mortaises de sorte que, selon la mortaise

où sera introduit le pivot, une des branches sera plus ou moins saillante que l'autre. Les deux branches pourront donc s'implanter isolément et à des hauteurs différentes en avant et en arrière sur la tumeur utérine; puis elles seront articulées. Si on les a implantées au niveau même de la limite du tissu morbide, l'anse passant derrière elles comprendra tout ce tissu. Ces pinces sont très ingénieuses ; malheureusement elles ont un inconvénient, celui de pouvoir interrompre le courant électrique lorsqu'elles sont en contact avec l'anse. Il faudrait pouvoir les remplacer par des pointes d'ivoire implantées dans le tissu utérin ; mais cette implantation serait alors très difficile.

Le docteur Leblond, frappé de toutes ces difficultés, a imaginé un spéculum ou plutôt a modifié celui de Ricord, de telle sorte qu'après l'avoir bien appliqué autour du col, un petit mécanisme insinue l'anse et la laisse sur l'utérus. Ce spéculum qui, dans certains cas, a rendu très facile l'application du fil de platine, a été insuffisant chez notre malade. Il n'a pu empêcher que l'anse fût très oblique et ne laissât une notable quantité de tissu cancéreux en arrière d'elle.

Tout ceci, Messieurs, vous montre bien que si théoriquement l'amputation du col utérin par l'anse galvanique paraît facile, il n'en est plus ainsi dans la pratique. Dans le cas que je viens d'opérer sous vos yeux, c'est en mettant la malade en pronation, et en nous servant du spéculum de Sims, que nous sommes arrivés à placer définitivement et convenablement notre anse. Une fois ce temps de l'opération achevé, — et, j'y insiste, c'est de beaucoup le plus difficile — le reste est très simple. On met les deux chefs de l'anse en com-

munication avec la pile, et, au moyen du manche que vous avez tous vu, on fait passer le courant. En même temps, à l'aide d'un petit treuil, on enroule peu à peu les deux chefs du fil métallique sur un cylindre, de manière que l'anse diminue de diamètre et coupe en même temps qu'elle brûle. Mais, à ce moment, deux précautions importantes sont encore à prendre. La première, c'est de ne pas exercer la moindre traction sur le manche de l'instrument, mais, au contraire, de le maintenir toujours exactement au même point, sans quoi il est évident que l'anse aura une grande tendance à devenir oblique et à ne plus opérer la section perpendiculairement à l'axe du col. La seconde, c'est de ne pas trop faire rougir le fil et de ne pas aller trop vite, sans quoi on s'expose à faire fondre le fil qui se rompt. Il est donc prudent de ne faire passer le courant que d'une façon intermittente; pendant les arrêts, on resserre l'écrou.

En agissant ainsi, sans précipitation, on mène généralement l'opération à bien; vous avez vu que, chez notre malade, si nous avons eu d'assez grandes difficultés pour placer l'anse, la section elle-même a été des plus aisées, et que l'opération s'est terminée de la façon la plus satisfaisante, presque sans effusion de sang, dans l'espace de deux ou trois minutes. Il en est le plus souvent ainsi; mais j'espère, Messieurs, vous l'avoir démontré, les difficultés sont souvent très grandes. Aussi je ne vous engage à tenter l'opération que lorsque vous serez certains de pouvoir tout enlever; sans quoi vous aurez fait une opération incomplète, et, dans un très grand nombre de cas, vous aurez la récidive sur place. La vie de la malade n'en sera le

plus souvent pas prolongée; par conséquent, vous ne lui aurez pas été utiles.

Je le répète encore, Messieurs, cette opération doit être considérée comme difficile; elle exige une grande habitude des instruments. Aussi je vous conseille de ne l'entreprendre que si vous êtes bien familiers avec la manœuvre du galvano-cautère. De plus, comme cet instrument, du reste assez délicat, peut venir à faire défaut au milieu de l'opération, je vous dirai comme je l'ai déjà fait en vous parlant de l'ablation des polypes à large pédicule, ne commencez jamais une opération sans avoir à votre disposition tous les instruments qui pourraient vous être nécessaires pour la terminer par une autre méthode. Ayez donc sous la main un écraseur de Chassaignac, un serre-nœud de Maisonneuve, plusieurs bistouris courbes et de forts ciseaux coudés. Vous serez sûrs ainsi, si le galvano-cautère vient à vous faire défaut, de pouvoir quand même terminer votre opération. Si je vous fais cette recommandation, c'est que, plusieurs fois, il m'est arrivé de voir le galvano-cautère me manquer entre les mains, soit qu'un courant électrique trop intense ait fondu mon fil métallique, soit qu'un courant trop faible n'ait pas pu lui donner une température suffisante pour lui permettre de couper les tissus. Je me suis trouvé alors fort heureux d'avoir à ma disposition les autres instruments que je viens d'énumérer, et qui, bien maniés, peuvent rendre, à l'occasion, autant de services que des appareils plus compliqués.

Cette amputation n'est pas encore aujourd'hui une opération qu'on pratique journellement. Elle est pourtant appelée à devenir beaucoup plus fréquente, parce

qu'elle peut être utile aussi bien dans le traitement de l'hypertrophie de la portion sous-vaginale du col que dans celui de cancer de cet organe.

Toutes les fois, en effet, que vous trouverez un cancer du col bien limité à la portion sous-vaginale, n'intéressant en rien les insertions vaginales, vous pourrez proposer et faire l'amputation. Je ne dis pas que vous obtiendrez toujours ainsi une guérison radicale et définitive de l'affection, et que vous n'aurez jamais de récidive. Il en est du cancer du col utérin comme de ceux du sein ou du testicule. De ce que, après l'amputation du sein ou après l'ablation du testicule malades, la récidive a eu lieu, on n'a jamais conclu qu'il faille repousser l'opération; toutes les fois qu'on est bien sûr de pouvoir enlever tout le néoplasme, on opère, et on a raison, car c'est la seule chance qui reste de prolonger la vie du patient.

Pour ma part, j'ai eu recours plusieurs fois à cette opération, et je ne puis que m'en féliciter. Dans quelques cas, je n'ai pas obtenu malheureusement le résultat que je pouvais espérer, la récidive ayant eu lieu assez rapidement ; mais, à côté de ces cas malheureux, j'en ai d'autres très encourageants où l'intervention a certainement prolongé la vie de mes malades de plusieurs années, et d'autres encore plus heureux, où une guérison définitive a été obtenue sans aucune récidive.

C'est ce qui paraît avoir eu lieu dans un cas qui a été opéré sous vos yeux par mon collègue M. Léon Labbé, chirurgien de cet hôpital. Sur la pièce qu'il a bien voulu mettre à ma disposition (*fig.* 157), il est facile de constater qu'il a ainsi détaché à peu près la totalité du museau de tanche, par une section très nette, dépas-

sant les parties malades et portant sur le tissu sain des deux lèvres du col, dont l'antérieure, plus malade, a subi une perte de substance plus considérable que la postérieure. Les suites de cette opération ont été fort simples; il n'y a pas eu le moindre écoulement de sang au moment de l'opération, mais, quelques heures après, il s'est fait une hémorrhagie assez abondante, dont on s'est facilement rendu maître et qui ne s'est pas reproduite depuis. Moins de quinze jours après, un bour-



Fig. 157. — Cancer épithélial du col de l'utérus (*).

geonnement de bonne nature, faisant prévoir une cicatrisation prochaine, était constaté par l'examen au spéculum ; alors la malade, désireuse de rentrer chez elle, et se trouvant dans un état fort satisfaisant, quittait l'hôpital, avant que cette cicatrisation fût complète. M. Labbé, qui l'a vue depuis, a constaté que cette cicatrisation n'avait pas tardé à s'opérer dans les meilleures conditions.

(*) A, orifice externe du col. — La végétation occupe la lèvre antérieure et le côté droit du museau de tanche.

Dans ce cas, comme dans tous ceux où l'ablation de tout ou partie du col de l'utérus a pu être suivie d'une guérison véritable, le cancer était limité à la partie du col utérin saillante dans le vagin, au museau de tanche proprement dit. Et l'on a pu, comme cela est recommandé dans tous les cas d'extirpation de tumeurs cancé-



*Fig.*158. — Tumeur épithéliale du col de l'utérus enlevée par la section faite avec l'anse galvano-caustique (*).

reuses — comme l'examen de la pièce enlevée par M. Labbé montre que l'a fait ce très habile chirurgien (*fig.* 158) — couper, au delà des parties malades, en plein tissu sain.

Si le cancer remontait plus haut, s'il se prolongeait dans le col de l'utérus, jusqu'au delà des insertions vaginales, sans cependant intéresser ces dernières, il pourrait encore être enlevé, à la condition d'évider en quelque sorte le col, et de faire une amputation conoïde

(*) Même pièce que la figure précédente. — A, surface de section. — B, limite entre les parties saines et les parties malades (côté droit). — C, portion de tissu sain enlevé (côté gauche).

à sommet supérieur, comme celle qu'a conseillée Huguier dans les cas d'allongement hypertrophique. Mais alors les anses métalliques agissant, soit par compression, soit comme galvano-caustiques, ne pourraient plus être employées, puisque la section qu'elles produisent a une surface toujours plane ; il faudrait donc, de toute nécessité, ou se servir du bistouri, ou recourir à la cautérisation pour enlever ou détruire le cancer jusque dans la portion de l'utérus située au-dessus du vagin.

C'est dans ces cas que Jobert prétendait retirer de merveilleux effets de la cautérisation au fer rouge, mais je dois dire, après avoir suivi de très près sa pratique, qu'elle m'avait laissé une impression extrêmement défavorable dont vous retrouverez le reflet dans la première édition de ces Leçons. J'avais constaté en effet que souvent le fer rouge, employé avec la brutalité qui était le propre de sa méthode, avait déterminé des accidents graves et, sans parler des péritonites qui surviennent trop souvent en pareil cas, j'avais conservé le souvenir de plusieurs malades traitées non pas seulement par lui, mais même aussi par moi, chez lesquelles la cautérisation au fer rouge avait bien certainement imprimé à la maladie une marche plus rapide et m'avait paru hâter la terminaison fatale. — En procédant autrement, c'est-à-dire avec plus de modération et en choisissant mieux mes cas, au lieu de m'adresser indistinctement à tous, comme me l'avait enseigné Jobert, j'ai obtenu des résultats tout différents et je dois à la vérité de reconnaître que la cautérisation ainsi pratiquée m'a fourni les plus beaux succès que j'aie eu jusqu'à présent occasion d'enregistrer. Le plus remarquable a été contrôlé par

M. Léon Labbé que j'avais fait appeler pour savoir s'il consentirait à pratiquer l'amputation du col et qui, trouvant le cancer trop avancé pour s'y résoudre, me conseilla, par acquit de conscience, d'avoir recours au fer rouge. Je fis taire mes répugnances et je pratiquai des cautérisations d'abord assez légères, puis un peu plus énergiques en voyant les bons effets que j'en retirais ; et six mois après, M. Labbé, examinant la malade, ne voulait pas croire qu'elle eut été jamais atteinte de cancer, encore moins qu'il eut refusé de l'opérer parce qu'il avait trouvé l'altération trop avancée. — Avions-nous donc fait une erreur de diagnostic? Je ne le crois pas, car dans deux autres cas tout à fait semblables nous avons obtenu le même résultat. Dans l'un d'eux même j'avais renoncé à tout traitement, lorsque mon interne, M. Segond, qui se rappelait le cas de M. Labbé, me demanda l'autorisation, que je lui accordai, de faire lui-même les cautérisations et me montra au bout de très peu de temps une amélioration telle que la guérison ne devait pas tarder à s'en suivre, ce qui eut lieu en effet. Nous avons actuellement au n° 26 de la salle du Rosaire une malade chez laquelle les choses se passent absolument de la même façon et qui, je l'espère, guérira de même.

Pour ces cautérisations je me sers indifféremment ou du fer rougi au feu, ou du cautère électrique, ou du thermo-cautère de Paquelin; préférablement de ce dernier parce qu'il est plus facile à manier. J'applique suivant les cas le fer rouge une ou deux fois de suite dans la même séance, en ayant soin de refroidir les parties par une injection d'eau froide entre deux cautérisations successives ; et je ne renouvelle ensuite ces

cautérisations que tous les quinze ou vingt jours. Elles ne réussissent pas, vous ai-je dit, dans tous les cas. Ceux où elles conviennent le mieux sont ceux dans lesquels la lésion, limitée au col, consiste en un simple bourgeonnement cancéreux peu proéminent, sans qu'il y ait ni ulcérations profondes à bords calleux, ni vastes champignons cancéreux remplissant la plus grande partie du vagin, car dans ces derniers cas l'action du feu active la marche du mal au lieu de l'enrayer.

Si l'intervention chirurgicale est tellement difficile dans les cas où la dégénérescence cancéreuse, encore limitée au tissu même de l'utérus, remonte seulement au delà des insertions supérieures du vagin, vous comprenez qu'elle devienne complètement impossible lorsque ces insertions sont elles-mêmes envahies. C'est ce qui fait que presque tous les chirurgiens s'arrêtent lorsque le mal atteint cette limite, et vous savez avec quelle rapidité il l'atteint. J'ai pensé que, même alors, nous ne devons pas rester complètement inactifs en face d'un mal qui fait d'incessants progrès, et je me suis demandé si, du moment où on ne pouvait l'attaquer ni par le fer ni par le feu, il ne serait pas possible de l'enrayer à l'aide de moyens moins actifs qui, sans porter leur action au delà des tissus morbides, seraient au moins capables de modifier profondément la nature de ces derniers. C'est dans ce but que j'ai eu l'idée d'injecter, dans l'épaisseur même du tissu cancéreux, ou sur les points qui le séparent encore des parties saines et qu'il menace d'envahir, des modificateurs tels que le perchlorure de fer, l'acide acétique, l'iode, l'acide chromique ou même le brome.

En procédant ainsi et en se servant d'une solution

de chlorure de zinc au cinquième, un de mes élèves, M. le docteur Ambroise Guichard (1), a obtenu un remarquable succès.

Ces moyens s'éloignent notablement, par leur activité et par leur énergie, de ceux dont je vous avais parlé tout d'abord et qui, consistant dans l'ablation ou la destruction complète du tissu malade, ne visaient à rien moins qu'à la cure radicale du cancer de l'utérus. A l'époque de la maladie où ces injections caustiques intra-parenchymateuses sont indiquées, nous devons être plus modestes dans nos prétentions, et déclarer que nous nous estimerions heureux, si nous parvenions seulement à enrayer sa marche et à retarder l'issue fatale.

Plus tard cet espoir même nous échappe et notre rôle doit se borner à soulager les souffrances de nos malades et à adoucir, si nous pouvons, leurs derniers jours que nous savons être comptés. Quoique purement palliatif, le traitement à prescrire dans ces cas désespérés n'en est pas moins important et pour la malade elle-même et pour la famille qui l'entoure; aussi convient-il de l'instituer avec soin.

Dès que vous avez reconnu la présence d'un cancer, vous devez vous apprêter à combattre et l'émaciation qui survient si rapidement sous l'influence de la cachexie cancéreuse, et la douleur, qui, si elle manque parfois au début, comme je vous l'ai déjà dit, peut prendre, pendant le cours ou vers la fin de la maladie, une intensité désespérante. Vous remplirez la première de ces deux indications essentielles, en recourant aux moyens que je vous ai longuement exposés lorsque je

(1) Guichard, *Annales de Gynécologie*, 1877, t. VII, p. 142.

vous ai parlé du traitement de la métrite chronique (1), comme propres à relever les forces abattues et parmi lesquels figurent, à côté d'agents pharmaceutiques, des prescriptions relatives au régime alimentaire, sur l'utilité desquelles je ne saurais trop insister.

Quant au symptôme douleur, il faut bien que vous sachiez que, dans certains cas, il atteint des proportions telles, qu'il devient absolument impossible de le faire disparaître tout à fait. Ces cas sont heureusement fort rares, mais, lorsqu'ils se présentent, il ne faut pas hésiter à élever rapidement les doses des narcotiques auxquels on a recours. L'opium est encore de tous celui qui réussit le mieux, et les doses auxquelles il a pu être assez souvent porté, pour procurer quelques heures de soulagement, sont véritablement effrayantes. Fractionnez-en l'administration, en prescrivant des pilules de 2 ou 3 centigrammes d'extrait; une de ces pilules sera donnée toutes les 2, 3, 4 ou 6 heures suivant l'effet obtenu. S'il le faut, vous augmenterez la quantité d'opium contenu dans chaque pilule, mais en allant progressivement et en ne vous laissant guider que par la façon dont votre malade supportera ce médicament. Les dérivés de l'opium, la morphine, la codéine, la narcéine, peuvent être administrés de la même façon et sont toujours préférables aux narcotiques provenant des solanées vireuses, comme la belladone, la jusquiame, le datura, qui ne pourraient pas être, sans de grands inconvénients, portés aux doses élevées qu'il faut souvent atteindre.

L'action que les opiacés, administrés par la bouche, exercent sur les fonctions digestives est un inconvé-

(1) Voy. p. 736.

nient qui ne peut être évité. Il est certain qu'il vaudrait mieux pouvoir se passer de ces moyens et faire usage, soit du chloral, soit du bromure de potassium, mais ce sont des calmants sur lesquels il ne faut pas compter, lorsqu'il s'agit de faire disparaître des douleurs aussi violentes que celles dont nous nous occupons. Rien n'empêche pourtant de les essayer, sauf à y renoncer dès que leur inefficacité est démontrée.

On doit associer l'action externe des opiacés à l'action interne de ces médicaments, mais il est bon de vous prévenir que, de deux choses l'une : ou cette action sera illusoire si vous vous servez de pommades, de liniments, d'embrocations, ou d'injections vaginales ; ou elle sera efficace, si vous usez de suppositoires introduits dans le rectum, de vésicatoires pansés avec la morphine, ou d'injections sous-dermiques de cette dernière substance ; mais alors les troubles dyspeptiques seront absolument les mêmes que si le médicament avait été introduit par la bouche.

Ce n'est pas une raison pour ne pas varier les modes d'administration d'un médicament si précieux, du seul sur lequel vous puissiez réellement compter ; il faut, au contraire, que vous changiez souvent vos formules, ne fût-ce que pour laisser croire à votre malade, impatiente et épuisée, que vous faites quelque chose de nouveau ; mais il importe que vous ne vous laissiez pas illusionner, comme elle, sur la valeur de ces changements, et que vous sachiez toujours exactement ce que devra produire chacune de vos formules.

Les effets d'une médication générale s'adressant directement au cancer sont, dans l'état actuel de la science, absolument nuls. Vous pouvez cependant con-

seiller l'arsenic, qui a, au moins, l'avantage d'agir comme tonique et reconstituant, et sur lequel il convient d'insister un peu plus que sur les ferrugineux. Vous pouvez aussi donner de la ciguë, à laquelle on attribue des propriétés spéciales, que je ne lui ai jamais rencontrées, mais dont l'emploi n'offre aucun inconvénient. Quelques pilules de ciguë, ou quelques granules de conicine, alternant avec l'arsenic, auront, à défaut d'autre avantage, celui de permettre à la malade de passer, sans inquiétude ni préoccupation, le temps pendant lequel elle devra interrompre ses préparations arsenicales. Les frictions avec le baume de conicine, ou avec un liniment dans lequel on associerait l'extrait ou la teinture de ciguë au chloroforme et à l'opium, varieront la série des moyens externes qu'il faut employer; et si, par hasard, la ciguë jouissait, comme on l'a dit, de propriétés fondantes spéciales que mon expérience ne m'a pas permis de lui reconnaître, vous auriez la satisfaction de ne pas en avoir privé vos malades. Sans avoir, comme vous le voyez, une bien grande foi dans l'action de ce moyen, je me crois obligé de l'employer souvent et je me sers : à l'extérieur, de cataplasmes de ciguë fraîche, dont plusieurs malades m'ont dit s'être fort bien trouvées; à l'intérieur, de pilules dans lesquelles j'associe l'opium à la ciguë, d'après la formule suivante :

Poudre de semences de ciguë.............	2 gr.
Extrait thébaïque........................	1 gr.
Mucilage.................................	q. s.

Mélangez et divisez en 40 pilules.

En prendre une ou deux par 24 heures, préférablement dans la soirée ou dans la nuit.

Quant aux autres fondants, ou ils sont parfaitement inutiles, comme les iodures, ou ils sont nuisibles, comme les préparations mercurielles, et je vous engage à vous abstenir des uns comme des autres.

Les purgatifs, qui n'ont aucune action spéciale à titre de résolutifs ou de dérivatifs, doivent très souvent être prescrits en raison de la constipation qui est si habituelle dans le cancer de l'utérus.

Les autres symptômes qui peuvent commander une médication particulière sont la métrorrhagie et les écoulements séreux et fétides. En ce qui concerne l'hémorrhagie utérine, je ne puis que vous rappeler ce que je vous ai dit de la manière de la combattre lorsque je vous ai parlé de la métrite interne (1) ; sous le bénéfice de cette double restriction, que les émissions sanguines me paraissent devoir être formellement exclues du traitement du cancer, même à son début, et que la digitale y réussit infiniment moins bien que dans la métrite.

Quant aux écoulements, ce sont eux qui nécessitent les soins les plus assidus. L'écoulement séreux du début doit être combattu par des injections astringentes, froides, qui seront en même temps destinées à arrêter les métrorrhagies alternant avec cet écoulement. Les injections qui doivent être prescrites alors sont : ou celles qui contiennent du tanin, soit qu'on l'ajoute directement à l'eau pure dans la proportion d'un gramme par litre, soit qu'on l'y introduise par l'ébullition de l'écorce de chêne ou de la racine de bistorte ; ou celles qui contiennent un sel de fer, comme le sulfate ou le

(1) Voy. p. 520.

perchlorure ; mais, en raison de la réaction chimique qui se produirait, il faut bien vous garder de prescrire en même temps les préparations de tanin et de fer.

Le sulfate de fer agit comme désinfectant, et grâce à sa double propriété d'astringent et d'antiseptique, il peut être continué pendant toute la durée de la maladie.

Aux chlorures alcalins, je préfère, comme désinfectant, l'acide phénique, dissous dans l'alcool et étendu d'eau ; je le fais donner en injections, quand l'écoulement est très odorant. Une bonne formule est la suivante :

℞	Acide phénique cristallisé...........	10 grammes.
	Alcool..............................	100 —

Mêlez.
Deux ou trois cuillerées pour un litre d'eau froide.

On peut dans cette solution remplacer l'alcool ordinaire par de l'alcool camphré, et s'en servir, en l'étendant un peu d'eau, pour imprégner des tampons d'ouate ou de charpie que l'on place matin et soir dans le fond du vagin, après avoir fait les injections.

Ai-je besoin d'ajouter que s'il y a de la rétention d'urine, vous devez sonder la malade régulièrement matin et soir ; que s'il survient des poussées inflammatoires du côté du péritoine, vous devez les combattre par les moyens appropriés et particulièrement par les onctions d'onguent mercuriel belladoné ; que, s'il y a de la diarrhée ou des vomissements, vous devez vous attaquer directement à ces symptômes, en faisant abstraction du cancer utérin, contre lequel vous êtes impuissant ; que si, l'ulcération s'étendant en même temps à la vessie et au rectum, il y a à la fois incontinence des urines et des matières fécales, vous devez

tenir à ce que les gardes-malades redoublent les soins de propreté, qui ne peuvent jamais être omis, sans de grands inconvénients, dans cette maladie plus encore que dans toute autre. En un mot, il vous appartient de veiller, avec la plus attentive sollicitude, à ce qu'il ne soit rien négligé de ce qui pourrait épargner à vos malades quelques-unes des horribles souffrances ou des douloureuses incommodités auxquelles elles sont exposées dans le cours de cette maladie, dont la mort est le seul terme, et à ce que ce terme arrive sans qu'elles puissent le voir s'approcher.

FIN.

ERRATA.

Pages 12, ligne 17, *lisez :* DU quatrième siècle.

— 250, ligne 6, *au lieu de :* cane, *lisez :* canne.

— 382. Dans la note, *au lieu de :* Ménétriez, *lisez :* Ménétrez.

— 383, ligne 24, *au lieu de :* Ménétez, *lisez :* Ménétrez.

— 391, ligne 1 du sommaire, *au lieu de :* dyspanumie, *lisez :* dyspareunie.

— 443, ligne 29, *au lieu de :* morbibe, *lisez :* morbide.

— 494 *au lieu de* 194; — ligne 17, *au lieu de :* inexpérience, *lisez :* expérience.

— 525. Dans la note, *au lieu de :* 175 à 178, *lisez :* 458 à 462.

— 674. Dans le sommaire, *lisez :* 5° Traitement par les eaux minérales; 6° Hygiène.

— 770, ligne 14, *au lieu de :* communique, *lisez :* communiquée.

TABLE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE.

4344-79. — Corbeil. Typ. et stér. Crété.

